Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

55350

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES, SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

SAVOIR :

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES,
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;
JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, ETC;
GAZETTE MÉDICALE;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MEDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;

TOME DIX-NEUVIÈME.

MARS 1834.

Bruxelles,
ETABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES,

PUBLIÉ PAR MM.

ARMAND TROUSSEAU, JACQUES LEBAUDY, HENRI GOURAUD.

FÉVRIER 1824.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

—

Mémoire sur le mécanisme de l'accouchement naturel.

Le travail que nous soumettons au jugement du public médical peut se diviser en deux parties. Dans la première nous avons cru devoir rappeler l'état actuel de la science relativement aux présentations, et aux positions du fœtus considérées dans leurs rapports avec l'accouchement ; dans la seconde nous avons exposé le mécanisme de l'accouchement naturel : cette dernière peut être considérée comme la partie essentielle de notre travail.

En rappelant dans la première section de ce mémoire l'état de la science sur un point qu'il nous a semblé convenable d'éclaircir tout d'abord et en y ajoutant nos propres idées, nous n'avons pas eu la prétention d'être tout-à-fait neuf. Pour arriver à un résultat, à une proposition formelle, en un mot au moyen qui nous a semblé le plus rationnel de comprendre les présentations et les positions du fœtus, nous avons emprunté les idées de nos prédécesseurs quand elles nous ont paru bonnes ; l'enseignement de mon père et les travaux de Mme Lachapelle nous ont surtout aidé, et on verra que nos dernières propositions différant en plus d'un point de toutes celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, nous avons dû nous aider aussi du secours de notre propre expérience.

Si nous croyons devoir donner cette explication, c'est qu'elle nous a paru convenable, mais nous n'avons pas cru qu'elle fût nécessaire ; car nous ne pensons pas que qui que ce soit puisse nous reprocher de nous être paré de ses œuvres.

Dans les sciences d'observation, et dans la médecine en particulier, il est des progrès qui sont le fruit de tant d'efforts partiels, auxquels tant d'esprits ont successivement ou simultanément contribué, qu'ils ne peuvent être regardés comme la propriété scientifique de personne, parce qu'ils sont en réalité la propriété d'un trop grand nombre. L'impulsion récente donnée en France à cette partie de la science obstétricale qui a pour objet l'étude et la classification des présentations et des positions du fœtus doit être rangée parmi les progrès dont nous venons de parler. Par conséquent s'il y a quelque mérite dans la première partie de notre mémoire, il consistera dans le soin même que nous aurons pris de rendre plus familières, en les rendant peut-être plus intelligibles, des notions qui ne sont pas encore entrées dans tous les esprits, et dans la possibilité qui nous était offerte et que nous avons mise à profit, de les étayer des résultats d'une masse très-considérable de faits bien observés.

Quant aux opinions que nous exposerons dans la seconde section de ce travail, celles-là, bien que professées depuis quelque temps en Allemagne et en Alsace sans y avoir été cependant généralement reçues, seront au moins nouvelles pour l'école de Paris, car elles ne sont nullement d'accord avec celles qui sont exposées dans les ouvrages classiques même les plus récens.

Quelque opposées que puissent paraître quelques-unes de nos opinions à celles qui sont généralement regardées comme incontestables, nous affirmons qu'il n'en est aucune qui ne soit appuyée sur des faits beaucoup plus nombreux et dont l'examen attentif nous était beaucoup plus facile que ceux qui peuvent écheoir à l'observation de la très-grande majorité des accoucheurs. Cet avantage nous le devons uniquement à la situation que nous occupons dans l'un des établissemens les plus considérables qui soient destinés à l'exercice de la médecine puerpérale.

—

L'accouchement naturel comprend deux sortes d'actes ou de phénomènes qui se confondent, sans doute, dans leur accomplissement, mais qu'il est possible et qu'il est même utile de séparer par la pensée quand on veut les étudier avec fruit ; les uns appartiennent à l'action toute vitale qui est mise en jeu et dont l'expulsion du fœtus et de ses annexes est l'un des principaux résultats ; les autres appartiennent à cette expulsion elle-même, c'est-à-dire aux lois toutes mécaniques qui régissent les mouvemens passifs que le fœtus exécute en traversant le bassin. Ils constituent en un mot le mécanisme de l'accouchement naturel.

Ces derniers phénomènes du travail de l'enfantement doivent être seuls le sujet de notre mémoire ; toutefois avant d'exposer le procédé naturel suivant lequel le fœtus parcourt pendant le travail les divers points du bassin, il nous a paru nécessaire de faire connaître les conditions diverses de situation et de rapports dans lesquelles il peut se trouver avec le canal au moment ou apparaissent les premiers phénomènes de l'accouchement, et l'on concevra facilement cette nécessité si l'on réfléchit que le mécanisme de l'accouchement spontané doit varier et varie en effet en raison de la différence de ces rapports primitifs.

Quand on veut exposer avec ordre ou se représenter avec clarté les divers rapports dans lesquels le fœtus se trouve relativement à l'entrée du canal complexe qu'il doit parcourir pendant le travail de l'accouchement, il est d'abord nécessaire de distinguer dans ces rapports deux faits principaux : 1° la présentation ; 2° la position. Par la première de ces deux expressions nous entendons le fait seul de la présence d'une région du fœtus au détroit abdominal ; par la seconde nous entendons les rapports particuliers des divers points de cette région avec les divers points de l'entrée du bassin. Si cette définition offre quelque obscurité, elle deviendra très-claire un peu plus tard par les développemens que nous serons naturellement conduit à lui donner, et quant à son utilité elle sera facilement sentie : car elle est fondée sur l'ordre dans lequel notre diagnostic doit s'établir, elle est à cette partie de l'art médical ce que l'analyse est à la logique.

Avant d'aller plus loin, nous pensons qu'il ne sera pas inutile de rappeler les idées les plus généralement admises, relativement aux présentations et aux positions du fœtus.

Les anciens accoucheurs jusqu'à Solayrès ne s'étaient réellement attachés qu'à reconnaître la partie du fœtus qui se présentait à l'orifice utérin dans le premier temps du travail, sans rechercher d'ailleurs les rapports particuliers de cette partie avec les divers points du détroit supérieur ; ils ne s'étaient donc occupés que des présentations, et cela suffisait à leur enseignement et à leur pratique. Ainsi des présentations du sommet de la tête, de la face, des côtés de la tête, des pieds, des genoux, des fesses, des mains seules, des pieds et des mains ensemble, de l'épaule, du dos, de la poitrine, du ventre, du côté ; telles étaient les présentations admises par les accoucheurs dont les travaux précédèrent la nomenclature qui va nous occuper. Entraîné sans doute par le goût des classifications qui de l'étude de l'histoire naturelle venaient de pénétrer dans celle de la nosologie, Solayrès voulut en faire l'application à l'enseignement de l'art obstétrical.

Les accouchemens furent divisés par lui en classes, ordres, genres et espèces. Le caractère des classes était fondé sur le mode de terminaison de l'accouchement ; le caractère des ordres sur la durée du travail ; celui des genres sur la région du fœtus qui se présentait à l'orifice ; celui des espèces sur les rapports particuliers de cette région avec le détroit supérieur. Baudelocque modifia cette classification de Solayrès, du moins pour ce qui concernait les présentations et les positions, et ses idées adoptées alors par presque tous les accoucheurs le sont encore aujourd'hui par un grand nombre d'entre eux, elles méritent par conséquent d'être rappelées afin de faire sentir les changemens utiles qu'elles ont subis.

Ainsi le fœtus fut idéalement divisé en deux extrémités d'abord, l'une représentée par le sommet de la tête, l'autre par les pieds, les genoux ou les fesses ; la présence de chacune de ces régions à l'orifice de l'utérus fut regardée comme une présentation. De plus tout le reste de la surface du fœtus fut partagé en quatre grandes régions, une antérieure, une postérieure et deux latérales ; celles-ci furent subdivisées à leur tour en plusieurs autres ; ainsi sur la région antérieure Baudelocque distingua la face, le devant du cou, la poitrine, l'abdomen, le devant du bassin et le devant des cuisses. Sur la région postérieure, l'occiput, la nuque, le dos, les lombes ; sur chacune des régions latérales, le côté de la tête, le côté du cou, l'épaule, le côté de la poitrine, le côté proprement dit et la hanche. Il admit donc dans l'enseignement de cette partie de la science autant de présentations possibles que nous venons de rappeler de régions. Les présentations du sommet de la tête, celle des pieds, celles des genoux, celles des fesses furent rangées parmi les présentations naturelles, c'est-à-dire parmi celles qui admettaient la possibilité de l'accouchement spontané ; les autres furent considérées comme vicieuses, c'est-à-dire comme excluant la possibilité de l'accouchement naturel et réclamant en conséquence l'intervention de l'art. Nous verrons plus tard quelle était sous ce rapport l'erreur de Baudelocque, erreur partagée aujourd'hui encore par beaucoup d'accoucheurs.

Après avoir déterminé les régions du fœtus, dont la présence au détroit abdominal devait constituer une présentation, il fallait indiquer les rapports possibles de ces régions avec les divers points de ce détroit ; en un mot, il fallait s'entendre sur les positions.

Des points de reconnaissance durent être pris 1° sur le bassin ; 2° sur la région du fœtus qui tendait à s'y engager ; sur le bassin, la face postérieure des deux cavités cotyloïdes et la symphise du pubis antérieurement, la face antérieure des symphises sacro-iliaques et l'angle sacro-vertébral postérieurement ; sur la tête du fœtus, l'occiput et le front, furent, pour les positions du sommet, les points de reconnaissance adoptés. Six positions du sommet furent admises comme possibles ; dans les trois premières (occipito-antérieures) l'occiput devait répondre à l'un des trois points indiqués sur la moitié antérieure du détroit abdominal, occipito-cotyloïdienne gauche (1re), occipito-cotyloïdienne droite (2e), occipito-pubienne (3e). Dans les trois dernières (occipito-postérieures) l'occiput devait être en rapport avec l'un des trois points que nous avons indiqués sur la moitié postérieure de ce cercle osseux ; occipito-sacro-iliaque droite (4e), occipito-sacro-iliaque gauche (5e), occipito-sacrée (6e). Pour les présentations des pieds, des fesses et des genoux : les points de reconnaissance pris sur le bassin furent les mêmes sur la moitié antérieure, c'est-à-dire les deux cavités cotyloïdes et la symphise du pubis ; mais sur la moitié postérieure, Baudelocque n'en adopta qu'un et ce fut l'angle sacro-vertébral. Sur le fœtus les talons, dans les présentations des pieds ; le sacrum, dans celles des fesses ; le devant des jambes, dans celles des genoux servirent de point de ralliement. Pour chacune de ces présentations quatre positions furent admises : dans les trois premières le talon, le sacrum ou le devant des jambes devaient répondre à l'un des trois

points déterminés sur la moitié antérieure du bassin (calcanéo, sacro ou tibio-cotyloïdienne gauche (1re), calcanéo, sacro ou tibio-cotyloïdienne droite (2e), calcanéo, sacro ou tibio-pubienne (3e); dans la quatrième les mêmes parties du fœtus devaient répondre à la saillie sacro-vertébrale, calcanéo, sacro ou tibio-postérieure (4e). Baudelocque admit donc trois positions calcanéo, sacro ou tibio antérieures, et une seule calcanéo, sacro ou tibio-postérieure. Pour les présentations des régions nombreuses que j'ai rappelées sur les plans antérieurs, postérieurs ou latéraux, les points de reconnaissance sur le détroit supérieur furent différens, la symphise des pubis en avant, l'angle sacro-vertébral en arrière, la partie la plus déclive de chaque fosse iliaque, c'est-à-dire à peu près chaque extrémité du diamètre transverse, furent les quatre points de ralliement adoptés. Ils dûrent être beaucoup plus nombreux sur le fœtus et changer suivant la présentation. Il serait trop long de les rappeler séparément, nous nous contenterons d'indiquer les caractères des positions. Quatre positions de la face, mento-sacrée (1re), mento-pubienne (2e), mento-iliaque droite (3e), mento-iliaque gauche (4e): ainsi deux positions dans lesquelles la face est située directement d'avant en arrière, deux autres dans lesquelles elle est transversalement placée. Les présentations du devant du cou, celles du devant de la poitrine, de l'abdomen, du devant du bassin et du devant des cuisses, celles de l'occiput, de la nuque, du dos et des lombes, celles enfin du côté de la tête, des côtés du cou, des épaules, du côté de la poitrine, du côté proprement dit et de la hanche furent, comme celles de la face, subdivisées chacune en quatre positions distinguées les unes des autres par les noms de première, deuxième, troisième et quatrième.

Dans les premières la tête du fœtus répond en avant, plus ou moins élevée au-dessus du pubis et son extrémité pelvienne en arrière; dans la deuxième, au contraire, la tête est en arrière, plus ou moins élevée au-dessus de l'angle sacro-vertébral et l'extrémité pelvienne en avant, par conséquent ces positions sont directes, c'est-à-dire que le grand axe du fœtus est placé dans la direction du diamètre sacro-pubien. Dans les troisièmes positions la tête du fœtus est à gauche, placée plus ou moins au-dessus de la fosse iliaque de ce côté. Dans les quatrièmes, enfin, la tête est à droite répondant à la fosse iliaque et plus ou moins élevée au-dessus d'elle; ces positions sont transversales, le grand axe du fœtus croissant le détroit supérieur dans une direction parallèle à celle de son diamètre transverse.

Ainsi en résumé, 1° présentations du sommet : six positions, trois occipito-antérieures, trois occipito-postérieures; 2° présentations des pieds; quatre positions, trois calcanéo-antérieures et une calcanéo-postérieure; 3° présentations des fesses : quatre positions, trois sacro-antérieures et une sacro-postérieure; 4° présentations des genoux : quatre positions, trois tibio-antérieures, une tibio-postérieure; 5° présentations de la face; 6° du devant du cou; 7° de la poitrine; 8° de l'abdomen; 9° du devant du bassin et des cuisses; 10° de l'occiput; 11° de la nuque; 12° du dos; 13° des lombes; 14° du côté droit de la tête; 15° du côté gauche de la tête; 16° du côté droit du cou; 17° du côté gauche du cou; 18° de l'épaule droite; 19° de l'épaule gauche; 20° du côté droit de la poitrine; 21° du côté gauche de la poitrine; 22° du côté droit proprement dit; 23° du côté gauche proprement dit; 24° de la hanche droite; 25° de la hanche gauche. Pour chacune de ces vingt-et-une présentations, quatre positions directes et deux transversales, telle était la classification adoptée par Baudelocque.

On ne tarda pas à reconnaître toutefois que cette multiplicité de présentations et de positions compliquait sans utilité l'enseignement de cette partie de la science, qu'elle avait l'inconvénient de surcharger la mémoire des élèves sans avoir en compensation l'avantage de donner plus de précision à l'exposé des préceptes pratiques. On objecta de plus, mais sans raison, à notre avis du moins, que plusieurs de ces présentations concevables en théorie, ne s'observaient pourtant pas dans la pratique. La classification de Baudelocque fut donc modifiée, et nous allons très-rapidement faire connaître les altérations qu'elle subit. Cet exposé nous conduira naturellement au point où nous voulons reprendre ce sujet.

La plupart des présentations furent conservées distinctes et avec le caractère de naturelles pour les unes et de non naturelles pour les autres que Baudelocque y avait attaché, cependant les présentations nombreuses admises sur les plans antérieurs, postérieurs et latéraux du fœtus, furent confondues et rattachées par chaque plan à la seule dénomination de présentation de la surface postérieure et présentation des régions latérales.

Quant aux positions, celles du sommet furent réduites à quatre obliques ou diagonales, deux occipito-antérieures, deux occipito-postérieures.

Les quatre positions des pieds, des genoux ou des fesses furent conservées, mais on les supposa diagonales comme celles du sommet.

Il en fut de même pour les positions de la face, de la région occipitale et des côtés de la tête, de la région postérieure, de la région antérieure et des régions latérales du tronc. Elles furent conservées au nombre de quatre pour chacune de ces parties; mais au lieu d'en admettre deux directes et transversales, comme l'avait fait Baudelocque, on les supposa toutes diagonales.

Ainsi au résumé : Présentation du sommet, quatre positions diagonales, les deux premières occipito-cotyloïdiennes, les deux dernières occipito-sacro-iliaque. Présentation des pieds, des fosses ou des genoux, quatre positions diagonales pour chacune d'elles : deux calcanéo, sacro ou tibio cotyloïdiennes, deux calcanéo, sacro ou tibio-iliaques. Présentation de la face, quatre positions diagonales : deux fronto-cotyloïdiennes et deux fronto-sacro-iliaques. Présentation de l'occiput, quatre positions : deux cervico-sacro-iliaques. Présentation des côtés de la tête, quatre positions : les deux premières syncipito-cotyloïdiennes, les deux dernières syncipito-sacro-iliaques. Présentation de la face postérieure du tronc. Présentation de la face antérieure du tronc. Présentation de chacune des régions latérales, quatre positions diagonales pour chacune de ces présentations : dans les deux premières l'extrémité céphalique est dirigée obliquement en avant, placée au-dessus de l'une des cavités cotyloïdes gauche (1re) ou droite (2e); dans les deux dernières l'extrémité céphalique est dirigée obliquement en arrière et plus ou moins élevée au-dessus de la symphise sacro-iliaque droite (3e) ou gauche (4e).

Nous bornons ici les points sur lesquels il nous importait de ramener les souvenirs du lecteur ; nous n'ignorons pas que beaucoup d'autres modifications à la classifications de Baudelocque ont été proposées, mais il nous a semblé qu'il suffisait d'indiquer celles qui avaient eu et qui nous paraissent encore avoir le plus de faveur ; nous n'ignorons pas non plus que celles-là même sont loin d'avoir été adoptées par tous les esprits ; nous croyons néanmoins qu'elles l'ont été par un assez grand nombre, pour que nous soyons justifié du soin que nous avons pris de les rappeler : nous espérons en être plus facilement compris.

Il n'est aucun point de la surface du fœtus qui, dans des conditions données, ne puisse pendant l'accouchement s'offrir au détroit abdominal et à l'orifice utérin et par conséquent devenir accessible au doigt quand celui-ci est suffisamment dilaté. Cette vérité, que la seule théorie peut faire pressentir, ne saurait être contestée quand on examine sans prévention les observations nombreuses qui nous ont été laissées par nos prédécesseurs, et elle acquiert tous les jours un nouveau degré d'évidence pour celui sous les yeux duquel passe un très-grand nombre de faits et qui peut multiplier jusqu'à l'infini ses observations.

Si l'on est d'accord sur ce point, la question ne doit pas être posée, à notre avis, comme l'a fait Mme Lachapelle ; elle ne doit pas consister à rechercher quelles sont les régions du fœtus qui peuvent se présenter à l'orifice utérin dans le cours du travail, et quelles sont celles que leur forme particulière doit en exclure, afin de déterminer d'après le nombre des premières celui des présentations qui doivent être admises ; car à ce titre tous les points différens imaginables sur la surface du fœtus auraient un droit égal à constituer une présentation, puisqu'il n'en est aucun, nous l'avons dit, qui ne puisse se trouver en rapport avec l'orifice utérin et le détroit abdominal. Mais la question réelle est de savoir quelle sera l'étendue et comment seront déterminées les limites de chaque région de la surface du fœtus dont la présence à l'entrée du bassin pourra constituer une présentation ; nous allons nous expliquer : donnera-t-on le nom de présentation à la présence de toute partie du fœtus que l'on pourra sentir avec le doigt à travers un orifice utérin peu ou médiocrement dilaté ? Ou bien, devra-t-on comprendre dans l'idée d'une présentation une région du fœtus beaucoup plus étendue, toute celle, par exemple, qui se trouvera en rapport avec le détroit supérieur, que tous les points de cette région soient ou non accessibles au doigt ? Si l'on adopte le premier de ces procédés, le nombre des présentations sera fort grand, car il y en aura autant que l'on pourra se représenter de régions différentes d'un à deux pouces de diamètre, par exemple, sur toute la surface du fœtus ; nous avons rappelé que c'est celui qu'avaient adopté les anciens accoucheur, puisqu'il leur suffisait qu'un pied, un genou, une main, la tubérosité occipitale, la nuque, le dos, la hanche, etc., pussent être reconnus à travers l'orifice de l'utérus pendant le travail, pour que chacun de ces faits fût considéré comme une présentation, et il est facile de voir que Solayrès et Baudelocque ne firent que régulariser ces idées. Si, au contraire, à l'exemple de Mme Lachapelle, de mon père et de beaucoup d'autres accoucheurs sans doute, l'on n'applique l'expression de présentation qu'à la présence d'une région de la surface du fœtus assez considérable pour occuper tout le détroit abdominal ; si d'un autre côté l'on rattache tous les rapports possibles et différens de la région qui se présente, avec le contour du détroit abdominal à un petit nombre d'élémens fondamentaux dont le choix sera d'accord avec les lois qui régissent le mécanisme de l'accouchement, alors le nombre des présentations et des positions sera beaucoup plus restreint, l'esprit des élèves les saisira et les retiendra beaucoup mieux, et cette réduction satisfera parfaitement à toutes les exigences de la théorie et de la pratique.

D'après ces idées, nous distinguerons chez le fœtus trois régions principales, savoir : 1° la tête ou extrémité céphalique ; 2° le pelvis ou extrémité pelvienne : 3° le tronc. Cette division servira de base à celle des présentations ; ainsi nous n'admettrons que trois genres de présentations fondamentales ; 1° des présentations de l'extrémité céphalique ; 2° des présentations de l'extrémité pelvienne ; 3° des présentations du tronc.

Cependant quand l'extrémité céphalique se présente à l'entrée du bassin elle est ordinairement fléchie, mais quelquefois elle est étendue ; dans le premier cas c'est la région syncipitale qui descend la première et qui est seule accessible au toucher ; dans le second, c'est au contraire la face qui tend à s'engager d'abord et dont les caractères sont en général facilement appréciés par le doigt. Les présentations de la tête comprennent donc des présentations du sommet et des présentations de la face.

Quand l'extrémité pelvienne se présente (et nous entendons par cette expression l'ensemble des parties qui constituent cette extrémité de l'ovoïde fœtal, c'est-à-dire les fesses et les membres abdominaux réunis), tantôt toutes ces diverses parties s'engagent à la fois ; tantôt soit pendant le cours même du travail, soit avant, les membres abdominaux se relèvent et s'étendent sur la région antérieure de l'enfant, et les fesses restent seules au détroit supérieur ; d'autres fois les fesses s'éloignent ou sont primitivement éloignées du centre du détroit et les pieds séparés des fesses et plus rapprochés de l'orifice utérin s'y engagent et descendent les premiers ; enfin dans quelques cas qui sont beaucoup plus rares, les membres abdominaux se défléchissent partiellement, les cuisses seules quittent la partie antérieure de l'abdomen, les jambes restant d'ailleurs fléchies sur les cuisses, et ce sont les genoux qui s'offrent et descendent les premiers.

Presque tous les accoucheurs ont vu dans ces circonstances diverses des présentations distinctes auxquelles ils ont donné les noms de présentations des fesses, des pieds et des genoux, et dont ils ont décrit le mécanisme séparément ; notre opinion diffère à cet égard de la leur en ce que nous ne voyons dans ces diverses circonstances que des moyens ou des modes différens dont la nature se sert pour expulser l'enfant quand il se présente par l'extrémité pelvienne, et que nous comprenons, par conséquent, sous une seule dénomination, celle de présentation de l'extrémité pelvienne, leurs présentations des fesses, des pieds et des genoux. Il sera plus tard bien facile de reconnaître combien cette manière d'envisager les présentations dont nous venons de parler apporte de simplicité et de clarté dans la description du mécanisme de l'accouchement naturel.

Avant d'aller plus loin il est indispensable de fixer avec

précision les limites des régions du fœtus que nous comprenons dans cette double expression d'extrémité céphalique et d'extrémité pelvienne.

Quand la tête ou le pelvis fœtal se présentent au détroit supérieur, ces parties s'y offrent ordinairement d'aplomb, c'est-à-dire que le grand diamètre du fœtus, celui qui s'étend du coccix au sinciput, est à peu près parallèle à la direction de l'axe du détroit supérieur, de sorte que la suture sagittale et la partie supérieure des deux pariétaux dans les présentations du sommet de la tête, le nez, la bouche et les joues dans les présentations de la face, enfin le sillon qui sépare les fesses, une égale portion de celles-ci, l'anus et les parties génitales, dans les présentations de l'extrémité pelvienne, occupent le centre du détroit supérieur.

Mais ni le sommet, ni la face, ni l'extrémité pelvienne ne se présentent toujours aussi franchement au détroit abdominal pour le franchir; ces parties, soit que le fœtus en raison de son petit volume ou d'un grand développement de la cavité utérine et de la mobilité qui résulte de l'un ou de l'autre de ces causes, se trouve plus ou moins fortement incliné, soit que son attitude naturelle soit accidentellement altérée, ce qui est assez fréquent, ces parties, disons-nous, se présentent quelquefois dans une situation plus ou moins oblique, et il résulte alors de cette disposition défectueuse que si c'est le sommet qui tend à se présenter et si l'inclinaison du fœtus a lieu sur sa région antérieure, ce sera le sommet, sans doute, mais avec lui le front qui descendra dans l'excavation; si l'inclinaison est postérieure, au lieu du front ce sera la région occipitale et même la nuque qui se présenteront avec une partie du sommet; que si l'inclinaison est latérale, on pourra reconnaître en même temps que le sommet, l'un des côtés de la tête, caractérisé surtout par la présence de l'oreille, et dans quelques cas beaucoup plus rares, une petite portion de la région latérale du cou; la présence inaccoutumée de ces régions de la tête au détroit abdominal n'ôte pas à ces présentations le caractère de présentations défectueuses ou irrégulières; les contractions utérines, la marche naturelle et régulière du travail les convertissent presque toujours graduellement plus tôt ou plus tard en des présentations régulières ou franches.

La remarque que nous venons de faire relativement aux présentations du sommet, peut également s'appliquer aux présentations de la face; les mêmes causes peuvent incliner le fœtus ou changer son attitude, et par conséquent avoir pour résultat une présentation défectueuse de la face au détroit abdominal, ainsi, suivant la cause et la direction de l'inclinaison fœtale, la face pourra tendre à s'engager avec le front ou au contraire avec le menton, et même une partie de la région cervicale antérieure, ou enfin avec une des joues et la région latérale correspondante du cou; ces irrégularités pas plus que les précédentes n'ôtent à la présentation son caractère essentiel, c'est toujours une présentation de la face, mais irrégulière, mais défectueuse, les résultats n'en seront pas changés pour cela, du moins dans le plus grand nombre de cas.

Les présentations de l'extrémité pelvienne, enfin, peuvent offrir et offrent assez souvent les mêmes irrégularités; aussi n'est-il pas rare de voir le fœtus, ou assez incliné sur sa région postérieure pour que la partie postérieure du pelvis et le voisinage des lombes soient accessibles au détroit abdominal, ou assez incliné dans le sens opposé, pour que le devant des jambes, et celles-ci étant accidentellement écartées, les parties génitales, le pubis et la région inférieure de l'abdomen occupent presque le centre de l'entrée du bassin, ou enfin assez obliquement couché sur l'une de ses régions latérales pour qu'une des fesses, le côté correspondant du bassin et la hanche même se présentent au lieu que devraient occuper les deux fesses réunies. Ces inclinaisons anormales n'ôtent pas à ces présentations le caractère de présentations de l'extrémité pelvienne, mais comme les précédentes ce sont des présentations irrégulières et défectueuses.

De tout ce qui précède il résulte en définitif qu'il faut distinguer :

1° Des présentations du sommet régulières ou franches, des présentations irrégulières ou défectueuses, caractérisées, si l'on veut, par les expressions de frontales, occipitales, pariétales.

2° Des présentations de la face régulières ou franches, des présentations de la face irrégulières ou défectueuses, caractérisées par les expressions de frontales, mento-cervicales, molaires.

3° Des présentations de l'extrémité pelvienne régulières ou franches, des présentations de l'extrémité pelvienne, irrégulières ou défectueuses, savoir des présentations sacrales, pubiennes, coxales.

Ainsi nous rattachons à des présentations de l'extrémité céphalique non-seulement les présentations franches du sommet et de la face, mais encore celles de l'occiput et de la nuque et une petite partie de celles du devant du cou et des régions latérales de la tête ou du cou qui appartiennent à la classification de Baudelocque.

Nous rattachons de même aux présentations de l'extrémité pelvienne une partie de celles des lombes, celles du devant des cuisses et du bassin, enfin celles des hanches adoptées par le même accoucheur. Ainsi toute la surface du fœtus comprise depuis le sinciput jusqu'aux épaules appartient aux présentations céphaliques, toute la surface du fœtus comprise entre le sommet des fesses et les hanches appartient aux présentations pelviennes. Nous avons donc rempli la condition que nous nous étions imposée, celle de déterminer les limites des régions céphaliques et pelviennes considérées dans leurs rapports avec les présentations.

Maintenant si par la pensée l'on distrait du fœtus les deux régions obstétricales dont nous venons de parler, il est aisé de voir que ce qui reste se borne au tronc ou au torse, c'est-à-dire à une sorte de tronçon (qu'on nous pardonne l'expression) compris entre les hanches d'une part et les épaules de l'autre; quand cette partie du fœtus vient accidentellement s'offrir au détroit supérieur elle répond presque constamment à cette ouverture par un de ses côtés; cette vérité, sur laquelle aucun doute ne saurait être établi, doit conduire à une division naturelle du tronc fœtal en deux moitiés latérales, chacune d'elles comprenant l'épaule, le côté de la poitrine et le flanc ou le côté proprement dit, et de plus, la moitié correspondante de la région antérieure de la poitrine et de l'abdomen, la moitié correspondante du dos et des lombes. Chacune de ces parties que nous désigne-

rons par le nom de région latérale du fœtus peut s'offrir au détroit supérieur ; de là deux sortes de présentations du tronc, savoir : *des présentations de la région latérale droite* et *des présentations de la région latérale gauche du fœtus ;* en général dans ces sortes de présentations la disposition même des parties du fœtus et surtout les changemens que sa forme subit sous l'influence des contractions utérines après la rupture des membranes et l'écoulement d'une partie du liquide amniotique, ces raisons font que quand une des régions latérales se présente au détroit supérieur, c'est presque toujours l'épaule qui répond à peu près au centre de cette ouverture, et la connaissance de ce fait avait conduit Mme Lachapelle à désigner toutes ces présentations par l'expression de présentations de l'épaule. S'il est vrai que l'épaule est presque toujours au détroit supérieur, il est également vrai qu'elle est quelquefois assez éloignée pour que le côté de la poitrine ou de l'abdomen soient les signes caractéristiques de la présentation, mais il est vrai surtout que le côté de la poitrine n'y manque jamais. Il nous a paru convenable de prendre pour terme de désignation une surface du fœtus plus étendue qui soit toujours présente au détroit abdominal et dont les signes caractéristiques sont de toute évidence dans les présentations qui nous occupent, lorsque la présence de l'épaule ou même la sortie d'un bras n'éclairent pas tout d'abord le diagnostic.

Les présentations des régions latérales du tronc peuvent être franches ou régulières, et elles le sont quand l'épaule ou le côté de la poitrine et de l'abdomen répondent en plein au détroit abdominal ; mais elles peuvent être irrégulières, et c'est ce que l'on voit quand le fœtus étant renversé plus ou moins sur la région postérieure, c'est la région dorsale ou lombaire qui occupe en grande partie le détroit supérieur, ou bien, ce qui est plus rare, lorsque renversé sur la région antérieure c'est le devant de la poitrine ou de l'abdomen qui s'atteignent et se reconnaissent avec plus de facilité. C'est certainement à de semblables irrégularités que doivent appartenir, comme l'a fait remarquer Mme Lachapelle avec beaucoup de raison, les présentations du dos, des lombes, du devant de l'abdomen ou de la poitrine, dont les exemples se trouvent dans les anciens recueils d'observations. Ainsi nous admettons deux seules grandes présentations du tronc, des présentations de la région latérale droite et des présentations de la région latérale gauche ; les unes sont franches ou régulières, les autres irrégulières, dorsales ou lombaires, sternales ou abdominales.

Nous avons donné quelqu'importance à la distinction des présentations céphaliques et pelviennes en régulières et irrégulières ; cette importance est fondée sur des raisons faciles à apprécier ; car, d'une part, ces irrégularités altèrent les signes caractéristiques ordinaires de ces présentations, et, d'une autre part, bien qu'elles n'influent pas en général sur le mécanisme de l'accouchement naturel, il peut cependant arriver qu'elles deviennent causes de difficultés qu'il peut être bon de prévoir et qu'il est quelquefois possible de prévenir, auxquelles enfin il peut devenir nécessaire de remédier. Mais nous sommes loin d'attacher la même valeur à la distinction des présentations du tronc en régulières et irrégulières, parce qu'ici la régularité et l'irrégularité ne sauraient avoir une influence bien notable ni sur les difficultés de l'expulsion naturelle qui sont presque toujours aussi grandes, ni sur les indications qui sont toujours les mêmes et que ces irrégularités modifient très-peu. Il nous a toutefois paru convenable d'indiquer ces variétés, car elles sont la confirmation d'une vérité sur laquelle nous avons insisté en commençant, c'est qu'il n'est aucun point de la surface du fœtus qui ne se puisse présenter au détroit abdominal et y être reconnu par le toucher. Cette indication d'ailleurs peut éviter quelques erreurs de diagnostic, et sous ce rapport cela n'est pas sans quelqu'utilité. En résumé, nous admettons trois sortes de présentations :

1° Des présentations de l'extrémité céphalique, lesquelles comprennent des présentations du sommet et des présentations de la face, les unes franches, les autres irrégulières ou défectueuses.

2° Des présentations de l'extrémité pelvienne, lesquelles comprennent les présentations des pieds, des fesses et des genoux de la plupart des accoucheurs ; ces dernières n'étant regardées par nous que comme des variétés du mode d'expulsion, les présentations de l'extrémité pelvienne comme celles du sommet et de la face sont régulières ou irrégulières.

3° Des présentations du tronc, lesquelles comprennent des présentations de la région latérale droite et des présentations de la région latérale gauche, régulières ou irrégulières.

Lorsque le fœtus se présente à l'entrée du bassin par l'une des régions que nous avons indiquées, ses rapports avec ce canal et avec la matrice dans laquelle il est renfermé sont loin, comme on le pense bien, d'être toujours les mêmes. Si c'est la tête qui occupe le détroit supérieur (nous avons pris cet exemple comme étant le plus commun), on conçoit que cette circonstance reconnue ne démontre encore qu'une partie des rapports du fœtus, c'est-à-dire ceux de chacune de ses extrémités céphalique ou pelvienne avec la cavité ovoïde dans laquelle il est renfermé ; mais jusque là les rapports des régions antérieure, postérieure et latérale de l'enfant avec les divers points de l'utérus nous sont inconnus : eh bien, ce sera par la situation particulière de la tête, à l'égard du contour du détroit abdominal, que ces rapports nous seront révélés. On comprend, dès-lors, l'importance que les accoucheurs ont attachée à la connaissance précise de cette situation, et le soin qu'ils ont mis à classer ces différences et à les exprimer par des dénominations particulières. Cette brève explication nous conduit naturellement à l'étude de ce que nous appelons les positions du fœtus. Nous avons ici, comme dans le sujet précédent, une importante réforme à faire.

Nous avons vu que presque tous les accoucheurs se sont accordés à diviser isolément le bassin en deux moitiés, une antérieure et l'autre postérieure, et à prendre sur chacune de ces deux moitiés deux ou trois points de reconnaissance. Nous rappelerons plus tard qu'ils y avaient été conduits sans doute par les idées qu'ils avaient adoptées sur le mécanisme de l'accouchement naturel. Nous pensons, en nous fondant sur une expérience dont les résultats sont contraires à l'opinion générale, que, pour la classification des positions, le bassin doit être divisé en deux moitiés latérales, l'une gauche, l'autre droite : ces deux moitiés seront, sur le détroit supérieur, nos seuls points de reconnaissance. Dans les pré-

sentations du sommet, franches ou régulières, l'occiput est en rapport avec la moitié gauche, ou avec la moitié droite du détroit abdominal : de là deux positions, une occipito-latérale droite, l'autre occipito-latérale gauche. Il n'est pas douteux que l'occiput ne puisse se trouver en contact avec tous les points imaginables sur chacune de ces moitiés; mais ces rapports constituent seulement des nuances infinies d'une même position, lesquelles nuances ne changent rien à l'uniformité des lois générales qui régissent la marche de la tête à travers le bassin. Cette possibilité de nuances infinies doit être dans la pensée, mais elle ne mérite pas d'entrer comme un des élémens importans de notre classification.

Cette même règle doit s'appliquer à l'étude des positions de la face, tantôt le menton est en rapport avec la moitié latérale droite, tantôt avec la moitié latérale gauche du détroit abdominal : ainsi deux positions, mento-latérale droite, mento-latérale gauche. Mme Lachapelle n'en avait pas admis d'autres, bien qu'elle sût parfaitement que les rapports du menton avec la moitié droite ou gauche du détroit abdominal pouvaient offrir des variétés infinies; elle avait, sans aucun doute, pour n'admettre que ces deux positions les mêmes bonnes raisons qui nous conduisent à n'en admettre que deux pour les présentations du sommet.

Les présentations de l'extrémité pelvienne, soit régulières ou irrégulières comme les précédentes, comprennent deux positions, sacro-latérale gauche et sacro-latérale droite. Les raisons qui nous ont engagé à restreindre à deux le nombre des positions du sommet et de la face, raisons que nous développerons en exposant le mécanisme de l'accouchement naturel, ces raisons sont peut-être ici plus puissantes encore que pour les présentations précédentes.

Enfin, les présentations des régions latérales du tronc, régulières ou non, comprennent deux positions, une céphalo-latérale gauche, l'autre céphalo-latérale droite.

Ainsi, pour nous résumer :

Présentations du sommet, régulières ou irrégulières, deux positions,

1° Occipito-latérale gauche;
2° Occipito-latérale droite.

Présentations de la face, deux positions,

1° Mento-latérale droite;
2° Mento-latérale gauche.

Présentations de l'extrémité pelvienne, deux positions,

1° Sacro-latérale gauche;
2° Sacro-latérale droite.

Présentations de la région latérale droite, deux positions,

1° Céphalo-latérale gauche;
2° Céphalo-latérale droite.

Présentations de la région latérale gauche, deux positions,

1° Céphalo-latérale gauche;
2° Céphalo-latérale droite.

PAUL DUBOIS, *professeur à l'hospice de la Maternité.*

CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. DUPUYTREN.

Des corps ou polypes fibreux de la matrice.

Les tumeurs fibreuses de la matrice sont-elles héréditaires? Nous avons vu opérer par M. Dupuytren une jeune fille qui avait un polype fibreux de la matrice; la mère de cette malade avait pour la même maladie subi la même opération trois ans auparavant. Depuis ce temps, M. Dupuytren a encore guéri deux sœurs qui toutes deux avaient un polype fibreux.

Madame D...., demeurant rue Montmartre, en face le marché Saint-Joseph, âgée de trente-trois ans, d'une bonne constitution, se maria à l'âge dix-huit ans, et eut six enfans, le dernier il y a sept ans, et depuis trois fausses couches. La santé de madame D. avait été parfaite jusqu'à trente ans, mais alors elle commença à éprouver des douleurs dans les reins, des pertes en blanc, de la difficulté à aller à la garde-robe; ses incommodités allèrent en augmentant et la forcèrent bientôt à demander des conseils. Un grand nombre de médecins furent appelés, les uns attribuèrent ses indispositions à un abaissement de la matrice, d'autres à un ulcère, etc. Fatigué de toutes ces incertitudes, M. Gardien adressa la malade à M. Dupuytren qui, après l'avoir touchée, reconnut un polype fibreux pédiculé et inséré au col de la matrice; il proposa l'excision; la malade y consentit, et le 20 octobre 1828 elle fut opérée. Assisté par M. Gardien et moi, M. Dupuytren place madame D...., sur le bord de son lit, les cuisses écartées, fléchies et soutenues; à l'aide de plusieurs pinces de Museux, il amena tout-à-fait la tumeur à l'extérieur, de manière à ce que nous pûmes voir le pédicule, et il le coupa à l'aide de forts ciseaux courbés sur leur plat; il n'y eut ni écoulement de sang, ni accidens nerveux ou inflammatoires, et en quelques jours la malade fut complétement rétablie.

Madame R..., sœur de madame D...., d'un tempérament lymphatique, âgée de trente-deux ans, toujours bien réglée, ayant eu deux enfans, le dernier il y a quatre ans, éprouva il y a dix-huit mois un sentiment de gêne et de pesanteur dans le vagin; bientôt des pertes en blanc et plus tard en rouge survinrent; ces pertes étaient abondantes, elles se renouvelaient fort souvent, et conduisirent en peu de temps la malade à un état de faiblesse extrême; M. Gardien son accoucheur fut demandé; il la toucha et reconnut l'existence d'un polype. Instruite et encouragée par l'exemple de sa sœur, elle se rendit à la maison de santé de M. Cartier, où M. Dupuytren l'opéra : quand nous la vîmes, elle était dans l'état suivant :

Tumeur dans le vagin, dure dans quelques points et surtout vers son insertion, ramollie et ulcérée à l'endroit qui est vers l'extérieur, et répandant une matière séreuse et fétide. Epuisée par des écoulemens en rouge, la malade est pâle, bouffie, comme transparente, son pouls est petit, faible. Décidée à se faire débarrasser de son mal, elle fut opérée le lendemain de son arrivée, c'est-à-dire le 21 septembre 1829.

Placée sur un lit comme pour l'opération de la taille, M. Dupuytren introduisit l'indicateur de la main gauche dans le vagin, arriva jusqu'à la tumeur et guida sur lui une pince de Museux qu'il implanta dans le polype. Faisant alors de lé-

gères tractions, la pince lâcha parce que cette portion était ramollie, mais il la porta plus haut, attira doucement la tumeur en bas, puis en plaça une seconde, une troisième, amena enfin le pédicule qu'il coupa à l'aide de ses forts ciseaux courbés sur le plat.

Quelques minutes suffirent pour cette opération. La malade ne perdit pas de sang, aucun accident ne survint, mais la convalescence fut lente, parce que la malade était arrivée au dernier degré d'affaiblissement.

La tumeur est fibreuse, elle a le volume du point et, comme le toucher l'avait indiqué, elle est ramollie et dégénérée à sa partie inférieure, dépourvue par conséquent de son enveloppe extérieure, dont l'érosion, en mettant les vaisseaux à découvert, fournissait les écoulemens de sang.

J'ai revu la malade depuis; sa guérison ne s'est pas démentie, mais, chose assez curieuse à noter, c'est que depuis son opération elle a eu deux fausses couches, et que chez sa sœur, les fausses couches ont précédé la formation ou coïncidé avec le développement du polype. Malgré ces faits, nous ne pourrions tout au plus admettre que la disposition organique qui a amené le développement de ces tumeurs fibreuses chez les ascendantes en se transmettant par voie héréditaire, a pu y disposer les descendantes; c'est ce que l'on voit dans beaucoup d'autres cas où la disposition peut être héréditaire, mais non la maladie.

Les corps fibreux de l'utérus donnent lieu à des symptômes très-différens, suivant qu'ils sont développés et qu'ils restent dans l'épaisseur des parois de l'utérus, qu'ils font saillie dans la cavité abdominale, qu'ils se dirigent vers la cavité utérine, et qu'alors ils dilatent le col, descendent dans le vagin, ou sortent de la vulve.

Dans les premiers temps du développement des tumeurs fibreuses, il n'y a aucun dérangement dans la santé, la malade ne s'aperçoit point de son mal; d'autres fois les menstrues sont irrégulières, plus longues, plus rapprochées, un écoulement sanieux ou sanguinolent les précède, et les suit le plus souvent; il y a douleur dans l'utérus, les aines, les lombes, les cuisses, les fesses; il survient des écoulemens blancs qui alternent avec des hémorrhagies ou pertes utérines.

Lorsque le polype commence à dilater le col de l'utérus, ces derniers symptômes sont plus constans et plus complets encore; les tiraillemens et les douleurs des reins augmentent. Il s'y joint de la pesanteur au fondement, de la constipation, un peu de gêne, un sentiment de pression et de gêne dans la partie supérieure du vagin. Quelquefois cependant, la femme n'éprouve aucune souffrance. Le col de l'utérus se trouve quelquefois tellement rigide, ou le polype tellement volumineux, que la maladie reste à cette seconde période, et que le passage dans le vagin devient impossible. La matrice se dilate alors de plus en plus, le ventre grossit, les mamelles se gonflent, et on peut croire souvent, dans ces cas, à une grossesse.

Dans d'autres circonstances, la descente du polype dans le vagin est brusque, et est puissamment secondée par une chute, un effort. D'autres fois, elle est lente et accompagnée d'efforts d'expulsion semblables à ceux de l'accouchement. Dans quelques cas même, on a vu des corps fibreux de la matrice, peu volumineux, être complétement détachés par suite de ces contractions et expulsés comme des caillots de sang. M. Cruveilhier en rapporte un exemple fort remarquable dans son ouvrage d'anatomie pathologique. Une jeune femme fut prise dix-neuf jours après un accouchement, de douleurs absolument semblables à celles de l'enfantement, et qui firent croire, un instant, à une superfétation. Après trois jours de phénomènes tellement graves qu'on désespérait de sa vie, la malade rendit trois corps consistans, aplatis, que l'on envoya à M. Cruveilhier pour avoir son avis. Ce professeur reconnut des corps fibreux altérés. La malade se rétablit très-bien. En effet, l'utérus, dans lequel s'est développé un corps fibreux, tend à s'en débarrasser : de là les douleurs lombaires et hypogastriques semblables à celles de l'enfantement, douleurs qui se renouvellent à des périodes plus ou moins longues, et qui se calment par le repos, les saignées, les émolliens. Il y a, sous le rapport des douleurs et par conséquent des contractions expultrices, des différences énormes entre les divers individus. Il n'est pas rare, en effet de trouver des cas de tumeurs fibreuses très-volumineuses exemptes de semblables douleurs, tandis que, par opposition, de très-petites sont souvent la source de très-grandes incommodités. Ces efforts d'expulsion sont quelquefois accompagnés de pertes considérables.

Il y a huit ou dix ans, M. *Dupuytren* fut consulté par la femme du concierge du Conservatoire des Arts et Métiers à Paris, rue Saint-Martin. Le ventre de cette femme était très-volumineux. A chaque période menstruelle, elle éprouvait des douleurs vives et des contractions utérines tout-à-fait semblables à celles de l'accouchement. Ces douleurs n'avaient aucun résultat; au bout de quelques jours, elles cessaient; la malade se sentait alors soulagée; mais le volume du ventre, quoique diminué, persistait encore. Les mêmes accidens se renouvelaient chaque mois. M. *Dupuytren*, toucha cette femme pendant la durée de ces contractions, et il reconnut que le col de l'utérus était entr'ouvert; une tumeur arrondie et dure se trouvait au centre. Quelques jours après, les douleurs cessèrent, le col se resserra, et le ventre demeura presque aussi volumineux et aussi incommode. Il s'agissait d'un polype fibreux renfermé dans la cavité même de la matrice.

L'incision du col de l'utérus, pour donner une issue plus facile à ces polypes, pour pouvoir soit les lier ou les extirper, semble un moyen tout naturel à employer. Aussi M. *Dupuytren* l'a-t-il employé quelquefois avec succès.

Il y a plusieurs années, ce professeur fut appelé auprès d'une jeune marchande de modes de la rue Castiglione, qui éprouvait de vives douleurs dans l'utérus. Le col de cet organe était entr'ouvert. Au centre, il trouva un corps lisse et arrondi qui lui sembla être la cause des douleurs, à l'approche et pendant la durée des règles, et des pertes en rouge et en blanc pendant leur intervalle. Ce corps fut saisi à l'aide d'une airigne. M. *Sanson*, qui aidait M. *Dupuytren*, exerçait de fortes tractions dessus. M. *Dupuytren* exerçait de son côté avec de fortes pinces de *Museux*. Tous ces efforts furent inutiles. M. *Dupuytren* se décida alors à faire une incision sur le col de la matrice; le polype alors put sortir très-aisément. L'excision en fut faite, et la malade, qui guérit très-bien, eut depuis plusieurs enfans. Chez une autre dame, M. *Dupuytren* employa ce moyen avec le même suc-

cès. Mais chez la femme d'un cordonnier, cette incision ne réussit pas. Le polype ne put pas descendre malgré les fortes tractions que l'on exerça dessus.

Ne pourrait-on pas, dans ces cas, faire usage de cette substance, qui a, dit-on, la propriété d'exciter énergiquement les contractions de l'utérus, du seigle ergoté, en un mot? N'aiderait-elle pas la matrice à expulser le polype?

M. le docteur Grifth dit avoir obtenu la séparation d'un polype par l'emploi du seigle ergoté. Ce polype, dit-il, fut si vivement serré par les contractions du col de la matrice qu'il céda.

Au surplus, l'incision du col de l'utérus est peu grave par elle-même; on l'emploie avec avantage contre les squirrhosités du col, qui ne lui permettent pas de se dilater pour l'accouchement. On peut l'employer aussi contre les simples rigidités du col. Sur une malade auprès de laquelle M. *Dupuytren* fut appelé, et qui, depuis trois jours, était en mal d'enfant, sans voir son travail avancer, à cause de l'extrême rigidité du col, qui permettait à peine d'introduire l'extrémité du doigt indicateur, M. *Dupuytren* pratiqua trois ou quatre incisions sur le col, et, au bout de trois ou quatre heures, l'accouchement fut terminé.

Quelque temps auparavant, M. *Dupuytren* avait été moins heureux. Une dame, atteinte de la même affection que la précédente, était en travail depuis sept à huit jours, et sans plus de succès. Il proposa l'incision du col. L'accoucheur de cette dame n'y consentit pas. Une troisième personne fut appelée, et se rangea de l'avis de l'accoucheur; on le suivit. La mère et l'enfant périrent. Que pourrait-il arriver de plus fâcheux par l'incision du col?

Quand un polype fibreux a franchi la cavité du col de l'utérus, et qu'il est dans la cavité du vagin, il pèse davantage sur la vessie, le rectum, le périnée. Il nuit à l'écoulement des urines, à la défécation, à la station assise; les pertes de sang augmentent, les écoulemens blancs sont plus abondans; et enfin, si la tumeur fait saillie à la vulve, on la franchit, on conçoit plus facilement quels inconvéniens elle entraîne. Souillée continuellement par les urines et les matières fécales, elle s'irrite, s'enflamme, et dégénère facilement, et la vie des malades se termine comme dans le cas de cancer de la matrice elle-même. Malgré ces incommodités si cruelles, on a vu encore des femmes concevoir lorsque le coït était encore possible. Mais ordinairement, dans ces cas, l'avortement a lieu, et même de bonne heure; ou, si l'accouchement se fait à terme, la contraction de la matrice se faisant difficilement, il en résulte des hémorrhagies très-graves, et même mortelles.

Chaussier a vu un polype volumineux rétrécir tellement le détroit supérieur du bassin que la tête du fœtus en fut écrasée au passage.

Les polypes du col de l'utérus présentent les mêmes symptômes que les polypes du corps, et leur histoire est la même que celle de ces derniers lorsqu'ils sont descendus dans la cavité du vagin; seulement les écoulemens de sang sont moins fréquens que lorsque les polypes naissent de la cavité utérine.

Les polypes ou corps fibreux de l'utérus peuvent être confondus avec un grand nombre d'affections de cet organe, comme la descente complète ou incomplète, le renversement complet ou incomplet, une grossesse commençante, un cancer, etc., etc. Quand le polype franchit le col utérin, et qu'il s'y joint de vives douleurs, on pourrait croire à un accouchement commençant.

Herbiniaux cite un cas où une sage-femme et deux accoucheurs y furent trompés; l'un d'eux même appliqua les crochets.

Mais c'est principalement avec les cancers du col que les polypes devenus eux-mêmes cancéreux, ont pu être confondus.

Quand le polype est renfermé complétement dans la matrice, le toucher n'apprend rien; tout au plus, entre la main gauche et le doigt qui touche, pourrait-on balloter et sentir une tumeur, mais on ne saurait en assigner la nature ni la forme.

Quand elle fait saillie à travers le col, on peut la sentir, et juger si elle vient du rebord du col utérin, ou de la cavité du col, ou de la cavité utérine; le doigt manœuvre avec facilité, et peut sentir à côté de l'orifice libre, une des deux lèvres occupée par une tumeur pédiculée ou non; ou les deux lèvres libres, l'orifice bouché par le polype; et enfin, en glissant le doigt dans l'ouverture, on parvient assez souvent à reconnaître si le pédicule s'attache plus ou moins haut.

Quand le polype remplit le vagin largement distendu, le toucher est plus délicat et plus difficile; il faut circonscrire avec la pulpe du doigt le pédicule de la tumeur: si l'on sent tout autour une rainure circulaire dans laquelle le doigt ou un instrument explorateur puisse pénétrer, et autour de cette rainure le col utérin dilaté, mais dont les bords sont libres, on reconnaît bien que la tumeur vient de l'utérus; si, au contraire, l'orifice est libre, qu'une de ses lèvres soit continue au pédicule, ce sera un polype du col.

Mais ce toucher n'est pas toujours facile. Quelquefois la tumeur remplit tellement le vagin que le doigt ne peut pas tourner à volonté autour du pédicule. La tumeur retenue dans le vagin par la vulve, repousse en haut l'utérus, et c'est alors qu'il faut presser sur l'hypogastre pour abaisser cet organe et pouvoir atteindre son col. On peut suivre avec avantage le conseil donné par *Levret* d'introduire le doigt immédiatement sous la symphyse pubienne; là en effet la distance entre la vulve et le col de la matrice est moindre; en outre la femme étant couchée, le polype par son propre poids appuie en arrière, et laisse plus libre la partie antérieure. On a encore vu des polypes figurés en champignon ou de toute autre manière, mettre un obstacle insurmontable à ce que le doigt approchât du col de l'utérus; dans ce cas on pourrait suivre encore le conseil donné par *Levret* et qui est de saisir le polype avec un forceps, et de le faire descendre jusques à la vulve; et on peut alors procéder au diagnostic et à l'opération.

Un polype offre quelquefois à la vulve son extrémité conique; quelquefois dans ce point-là se présente un trou, un orifice à la partie inférieure, ce qui peut le faire confondre avec le col utérin. Nous avons vu plus haut l'erreur qui a été commise par M. *Velpeau*, et qui a été si préjudiciable, erreur que ce chirurgien avoue d'ailleurs avec toute la candeur possible.

Les polypes fibreux descendus dans la cavité du vagin, peuvent donner lieu à une autre erreur de diagnostic aussi

préjudiciable pour les malades. C'est ainsi qu'en touchant les femmes affectées d'un polype avec un commencement de désorganisation cancéreuse, des praticiens prenant la tumeur pour le col de l'organe, ont prononcé qu'il y avait affection incurable du col et du corps de la matrice. Cette erreur de diagnostic provient de ce qu'au lieu de porter le doigt tout autour de la tumeur qui est dans le vagin, on se contente de le porter sur la première partie qui se présente, tandis qu'il devient absolument nécessaire pour se préserver de cette méprise de le porter le plus haut possible, et l'on sent dans ce cas, ou le col de l'utérus qui embrasse la tumeur, ou l'insertion du pédicule de celle-ci dans un point quelconque de la cavité de cet organe. Quand on ne se comporte pas de cette manière et qu'on se contente d'un examen superficiel, on s'expose à laisser périr les femmes qui auraient pu être sauvées à l'aide d'une opération ordinairement sans danger. Plusieurs faits de cette nature ont été observés par M. Dupuytren.

Une dame affectée d'écoulemens fétides, alternativement blancs et rouges, des douleurs aux reins, aux aines, vint consulter un des plus célèbres praticiens de Paris. Celui-ci la toucha, trouva dans le vagin une tumeur ramollie, ulcérée, et déclara qu'il y avait un cancer au col de l'utérus. Il annonça même à son mari que sa femme n'avait pas trois mois à vivre.

Une consultation écrite fut donnée par ce praticien. Des motifs que nos lecteurs concevront facilement nous empêchent de donner le nom du praticien. Cette consultation date de 1819.

M. *Dupuytren*, consulté à son tour, examina la malade, trouva dans le vagin une tumeur ulcérée, ramollie, dégénérée; faisant tourner son doigt autour de cette tumeur et le portant le plus haut possible, il pénétra dans l'intérieur du col, reconnut le pédicule de la tumeur, et le lieu de son implantation, il déclara que cette dame pouvait être guérie par une opération, c'est-à-dire par l'excision. La malade s'y soumit. Elle fut débarrassée de sa tumeur, qui était très-volumineuse, et était guérie au bout de quelques jours.

Madame L..., âgée de trente-sept ans, d'une constitution lymphatique détériorée par plusieurs années de souffrances et par des pertes abondantes, a été réglée à quatorze ans.

Mariée à vingt-deux ans, madame L... devint mère un an après. Elle conserva une assez bonne santé pendant les dix ou douze premières années de son mariage; seulement elle avait des flueurs blanches abondantes, et des pertes en rouge de temps à autre.

Au mois de décembre 1816, madame L.... consulta M. le docteur C.; il toucha la malade, et crut reconnaître un prolapsus de la matrice; il fit porter un pessaire qui ne put être supporté : on en cessa l'usage au bout de trois jours.

Dans le courant de février 1817, M. F. fut appelé. La malade éprouvait toujours des tiraillemens vers les organes génitaux; des écoulemens en blanc auxquels succédaient des pertes en rouge très-abondantes; les règles revenaient à leur époque, mais elles étaient précédées par d'affreux maux de reins. Le traitement prescrit se composa de demi-bains, d'injections, du repos au lit.

L'état de la malade ne s'améliorant pas, M. le professeur D. fut consulté, toucha la malade, dit qu'elle n'avait rien du tout, qu'il était inutile de rester au lit, et qu'elle pouvait marcher.

M. F. ayant appris que M. D. avait vu la malade, ne voulut plus revenir, quelque pressantes que furent les prières de la malade. M. Gautier de Claubry lui succéda, et, après plusieurs mois de soins, il reconnut l'existence d'un polype, en proposa la ligature, et demanda M. B. en consultation.

C'était en septembre 1818.

M. B. toucha, dit que M. Gautier s'était trompé, et assura que madame L.... était affectée d'un squirrhe ulcéré du corps même de la matrice, et qu'il était impossible de tenter une opération; qu'il fallait mettre en usage un régime tonique, et prolonger ainsi l'existence de la malade, dont la perte était certaine et très-prochaine, selon lui.

M. V., son neveu, fut chargé de donner des soins à la malade. Il eut d'abord la même opinion que son oncle. Mais au mois de février 1820, M. V. changea d'opinion, crut que la maladie n'était autre chose qu'un énorme polype, et proposa d'appeler M. Dupuytren en consultation.

Au mois de mars, M. Dupuytren alla pour la première fois chez madame L... Il pratiqua le toucher, reconnut l'existence d'un énorme polype, indiqua sa nature, dit que son pédicule était assez étroit pour qu'on pût, avec beaucoup de chances de succès, en faire l'ablation; mais qu'il fallait que ce fût bientôt; que sans cela la maladie serait promptement mortelle; car madame L.... était dans un état d'anémie par le sang qu'elle perdait chaque jour; qu'elle n'avait plus la force de se mouvoir; elle était pâle, infiltrée, et presque transparente; sa voix altérée pouvait à peine se faire entendre.

M. B. fut de nouveau appelé, toucha de nouveau, et reconnut cette fois l'existence du polype, mais dit qu'il fallait bien se garder d'y toucher.

M. Dupuytren proposa l'opération; elle fut acceptée et pratiquée le 3 avril 1820.

La malade placée comme pour l'opération de la taille, deux aides (MM. Lebreton et Marx) maintinrent les genoux de la malade contre leur poitrine, d'une main, et écartèrent de l'autre les parties génitales.

M. Dupuytren introduisit d'abord une main pour distendre le vagin, puis implanta dans la tumeur une pince de Museux. On tira d'abord un peu dessus pour pouvoir la saisir plus facilement avec une autre pince; on fit des efforts pour l'extraire, mais la tumeur s'arrêta dans le détroit inférieur; deux autres pinces la saisirent fortement à une assez grande hauteur; on tira vigoureusement dans le sens du détroit inférieur, la tumeur ne cédait guère. Deux doigts glissés entre la tumeur et la commissure supérieure arrivèrent au pédicule, et parvinrent à amener, avec le secours des pinces, la tumeur au dehors. M. Dupuytren l'abaissant, d'une main, fit la section de son pédicule à l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat.

Pas de douleur pendant l'opération; pas de sang après qu'elle fut terminée.

Comme l'avait annoncé M. Dupuytren, la tumeur était énorme, inégale, fibreuse, lisse, non ulcérée; elle avait le volume de la tête d'un enfant d'un an, et pesait 3 livres.

Quelques minutes après l'opération, on vit que la commissure postérieure avait été un peu déchirée.

Il ne survint aucun accident, et madame L... fut tout-à-fait guérie au bout de quelques jours.

Voici une observation d'étranglement intestinal produit par des tumeurs fibreuses de l'utérus, et qui vient encore appuyer ce que nous avons avancé sur la difficulté du diagnostic différentiel dans beaucoup de cas.

La nommée Humbert, veuve, âgée de 71 ans, affaiblie par le travail, n'avait pas eu de selles depuis quelques jours, et éprouvait de légères coliques, lorsque, le 13 juin 1828, elle est prise tout-à-coup de nausées, de vomissemens. Les matières vomies sont couleur lie de vin; elles répandent une odeur infecte, et paraissent formées de sang et de matières excrémentitielles. Il n'y a pas de selles. Le ventre tendu, légèrement sensible à la pression, ne laisse apercevoir aucune tumeur. Les symptômes fébriles sont presque nuls, la respiration libre, les fonctions intellectuelles saines.

Le lendemain, vomissemens, constipations.

Le jour suivant, mort.

Autopsie.

Tête. Le cerveau présente, à la réunion de la couche optique avec le corps strié, un petit kyste séreux ayant trois lignes d'étendue.

Poitrine. Poumons adhérens par leur sommet; fausses membranes anciennes correspondant au lobe inférieur du poumon droit. Ventricule gauche du cœur à parois épaissies.

Abdomen. La cavité du péritoine contient une petite quantité de sérosité rouge brunâtre. La plus grande partie de l'intestin grêle présente sa couleur et son volume naturels. Mais une masse d'intestin noirâtre, sans odeur de gangrène, s'offre à la vue; elle est placée au côté droit des vertèbres lombaires, au-dessus de la fosse iliaque, au-devant du colon ascendant. Le grand épiploon se trouve au devant d'elle, dirigé obliquement de haut en bas, et de gauche à droite; il est tendu, et se prolonge inférieurement jusqu'au fond du petit bassin, où il adhère; supérieurement, il se continue, comme dans l'état naturel, avec le colon transverse et l'estomac, qui sont un peu tirés en bas. Il est fortement appliqué sur l'angle sacro-vertébral et la dernière vertèbre lombaire, et c'est sur ce point qu'il comprime l'anse d'intestin dont nous venons de parler, puisque la couleur noirâtre de l'intestin et du mésentère commence immédiatement là où passe cette espèce de bride. La main, portée dans la région hypogastrique, rencontre une masse dure, consistante, remplissant le petit bassin, et formée par des corps fibreux implantés sur l'utérus atrophié, et par un kyste de l'ovaire droit de la grosseur du poing. On essaie de soulever ces tumeurs, on y parvient facilement; alors on est étonné de voir l'épiploon se relâcher, et de pouvoir dégager la portion d'intestin étranglée.

On reconnaît que l'épiploon, par son extrémité droite, a contracté des adhérences avec la matrice et la trompe utérine droite, qui est dure, hypertrophiée, et présente un tissu cellulaire induré, blanchâtre.

Il vint à l'esprit de remettre les parties dans l'état où elles se trouvaient pendant la vie, de refouler les tumeurs fibreuses et enkystées en bas et en arrière, du côté du sacrum, de produire une espèce de rétroversion de cette masse. On porte le doigt dans le vagin, on sent bien le volume et la pesanteur de ce qui correspond à la matrice, on soulève ces parties, on voit la bride épiploïque se relâcher, et ne plus comprimer l'intestin.

Le grand épiploon ne paraît pas altéré dans sa portion supérieure. Dans sa portion inférieure, il se prolonge sous forme de ruban; il est légèrement épaissi à son extrémité adhérente.

L'anse d'intestin étranglée est la partie inférieure de l'intestin grêle, depuis deux pouces au-dessus du cœcum, jusqu'à un pied et demi plus haut. Les parois de l'intestin sont d'un rouge noirâtre, épaissies; elles résistent à une traction modérée. La portion du mésentère étranglée est épaissie, infiltrée de sang; elle contient quelques glandes mésentériques engorgées. La membrane muqueuse est d'un rouge brunâtre; elle n'est pas épaissie; elle est recouverte par une matière lie de vin.

Au-dessus de la bride épiploïque, il y a une légère distension de l'intestin grêle, qui renferme des matières semi-fluides, d'un gris jaunâtre. L'estomac a sa surface interne grisâtre, sans injection, sans rougeur.

Le gros intestin est revenu sur lui-même; il contient quelques matières fécales.

On ne rencontre aucune dégénérescence squirrheuse dans toute la longueur du canal intestinal, seulement le lieu où existait l'étranglement est un peu déprimé. Quelques anses d'intestin grêle étaient engorgées entre les tumeurs du petit bassin; l'une d'elles offre une plaque brunâtre, résultat du pincement de l'intestin entre ces tumeurs.

Le rectum, examiné avec soin, ne laisse apercevoir aucune trace de compression.

L'aorte et les veines voisines du point comprimé par l'épiploon sont saines.

Le péritoine offre quelques fausses membranes sur l'anse intestinale étranglée. La vessie est pâle, sans épaississement, sans rougeur; elle a une petite capacité. Les uretères et les reins ne laissent apercevoir aucune altération. Nous devons la connaissance de ce fait curieux à notre ami M. Loir, qui déjà nous avait communiqué d'autres observations qu'une faute d'impression attribua à M. Louis.

D'après cette observation, on voit que, dans le cas d'étranglement interne, chez les vieilles femmes surtout, lorsqu'on recherche la cause de l'étranglement, on ne doit pas dédaigner de pratiquer le toucher pour reconnaître l'état, la position de l'utérus.

Pour éclairer le diagnostic que l'on doit porter en pareilles circonstances, il ne faut rien négliger. Chez les femmes, il sera quelquefois utile de pratiquer le toucher. Ainsi, dans l'observation qui précède, on voit la matrice, chargée de corps fibreux, se renverser en arrière, tendre l'épiploon qui, adhérent à un de ses angles, est appliqué sur l'angle sacro-vertébral, comprime une anse d'intestin, et y interrompt le cours des matières fécales.

Ce soin du toucher pourra influer non-seulement sur le diagnostic, mais encore sur le traitement.

Dans cette observation, par le toucher pratiqué pendant la vie, on aurait pu apprécier la position vicieuse et le poids insolite de l'utérus, repousser cet organe en haut et en

avant, et remettre les parties dans les rapports où elles se trouvaient avant l'étranglement, puisque l'adhérence de l'épiploon à la matrice existait depuis long-temps, tandis que l'étranglement était tout récent.

MARX, PAILLARD, DD.-MM.

PAPIER MOXA.

« Si l'on voulait donner une idée de la méthode ordinaire « d'appliquer les moxas, il faudrait montrer l'opérateur « courbé sur le cylindre allumé, les yeux rouges et lar- « moyans par l'action de la fumée qui est une des plus irri- « tantes; la bouche pleine d'air, et soufflant pour activer le « feu et empêcher le coton de s'éteindre, ce qui arriverait « probablement sans cette ventilation; soufflant, haletant, « époumoné à force de souffler; gêné et souffrant par l'atti- « tude qu'il est forcé de garder; fixant d'une main le coton « qui brûle, et éteignant de l'autre les flammèches qu'il « darde de toutes parts; enfin, se fatigant, se harassant pour « une opération si simple, qui ne mérite pas même ce nom.» (Percy, *Dictionnaire des Sciences médicales. Moxibustion.*) Il est vrai, toutefois, qu'on évite une partie de ces inconvéniens à l'aide d'une personne qui dirige le vent d'un soufflet sur le coton en ignition. Si, dans les hôpitaux, il est facile d'user de ce moyen, il n'en est pas de même dans la pratique civile : cet office répugne presque toujours aux parens du malade, qui, de son côté, ne voit qu'avec une espèce d'effroi cette complication d'aides et d'appareils si peu propres à lui dissimuler les douleurs qu'il doit endurer.

A l'imitation de M. Larrey (*Dictionnaire des Sciences médicales. Moxa*), on peut opérer seul, et éviter les incommodités de la fumée en exerçant la ventilation au moyen d'un chalumeau; mais alors la ventilation est trop prompte, irrégulière et difficile à conduire; les escarres, d'une profondeur inégale, se détachent par parties seulement et à des époques plus ou moins éloignées; ajoutez la nécessité de porter cet instrument avec soi; son emploi exige d'ailleurs un certain savoir-faire, une certaine habitude, sans laquelle on ne peut en tirer le parti convenable, son usage devenant alors extrêmement fatigant pour l'opérateur.

Nous verrons que l'emploi du papier moxa, dont la préparation est si simple et si facile, ne laisse, au contraire, rien à désirer. Avec une feuille de ce papier en portefeuille, le chirurgien pourra improviser des moxas en toutes circonstances, les appliquer seul, sans avoir besoin de ventilation, obtenir des escarres bien circonscrites, bien régulières, aussi profondes qu'il le voudra, se détachant d'une seule pièce, en raison de leur épaisseur uniforme, épargnant au malade les frayeurs dont, à la vue de l'application des moxas ordinaires, il lui est impossible de se défendre; il lui ôtera le sentiment d'une partie de ses douleurs en le rassurant et conversant avec lui.

Je n'entrerai dans aucun détail sur la manière de préparer les moxas classiques; elle est connue de tout le monde. Je ferai seulement remarquer qu'au lieu de réunir par une couture les deux bords de la bande de toile qui entoure le cylindre de coton, on peut, pour la commodité, se contenter de l'envelopper de plusieurs tours de fil qui aient le même effet. On peut même, au lieu de toile, se servir de papier.

Diriger le vent d'un soufflet sur un moxa paraît une chose tellement simple qu'il ne soit pas possible de s'y mal prendre pour cela. Je crois, cependant, devoir faire remarquer que, si l'on n'applique contre sa poitrine une des jambes du soufflet pour l'y fixer solidement, on n'aura qu'une ventilation incertaine et mal dirigée, dont la plus grande partie sera sans effet : de là, faiblesse et irrégularité de la combustion et des escarres.

Les étincelles qui, quoi qu'on fasse, incommodent plus ou moins les assistans et le malade, obligent à mettre, autant que possible, ce dernier à l'abri de leur atteinte. Pour cela on recouvre la place sur laquelle on veut appliquer le moxa avec un linge mouillé et exprimé, percé dans son milieu pour laisser à nu l'endroit choisi; pour éviter toute erreur, il est souvent nécessaire de marquer préalablement ce dernier avec de l'encre.

Frappé de tous les inconvéniens que présente le moxa ordinaire, Percy (*Dictionnaire des sciences médicales*) chercha à appeler l'attention des chirurgiens sur l'emploi de la mèche à canon, coupée en disques de quelques lignes de hauteur, ou bien râpée et figurée en cylindre. La combustion s'entretient d'elle-même, les escarres sont assez régulières, et ce procédé n'est pas sans commodité. Percy conseille de préparer soi-même cette mèche en faisant bouillir une corde de chanvre dans une solution de nitrate de potasse. Toutefois il engage à la remplacer par la préparation suivante : « Il « faut avoir du lin ou du chanvre court, fin et bien propre; « on en pesera un demi-kilogramme qu'on mettra dans un « pot de terre, neuf, bien vernissé en dedans, ayant son « couvercle, de telle sorte que le paquet en touche le moins « possible les parois. On versera dessus deux livres d'eau « (un litre), tenant en dissolution deux onces de salpêtre, « et on lutera exactement. En cet état, le pot sera tenu « plusieurs nuits de suite dans les cendres chaudes, le feu « étant couvert, ou bien on le mettra dans un four en même « temps que le pain, ou après que celui-ci aura été retiré; « et on continuera jusqu'à ce que l'eau ait été épuisée et « que le chanvre soit resté sec. On en serrera la masse en « un lieu bien exempt d'humidité pour en user au besoin. « Quand on voudra appliquer un moxa on prendra une « mèche composée de plusieurs brins qu'on roulera comme « autrefois on arrangeait les plumasseaux, et dont on fera « une plaque plus ou moins épaisse, selon l'étendue et la « profondeur qu'on se propose de donner à l'escarre. »

Si l'on voulait se servir de ce genre de combustible, il serait bien plus court, bien plus simple, et, certainement, tout aussi bon, de faire bouillir, seulement quelques minutes, le lin, le chanvre ou le coton dans une solution de nitrate de potasse; mais toutes ces préparations ont un immense inconvénient, c'est que si elles contiennent trop de nitre, ce qu'il est difficile d'éviter sans tomber dans l'excès contraire, le moxa brûle et se consume comme une fusée, avec flamme quelquefois, et ordinairement avec tant de promptitude qu'il ne détermine presque pas d'escarre. Aussi, M. Dupuytren, à qui je les ai vu employer, les a-t-il à peu près abandonnés.

Le coton, trempé dans le chromate de potasse en disso-

lution ou mieux dans l'acétate de plomb, est bien préférable à tous égards. Les moxas faits de cette manière brûlent d'eux-mêmes une fois qu'ils sont en ignition, et cela avec lenteur et régularité, restent long-temps incandescens, et font de profondes escarres. Il n'est pas vrai que, comme on l'a prétendu, ils exhalent une odeur détestable; cette odeur ne présente rien de spécial, c'est celle du coton brûlé.

Je répète qu'on peut se contenter d'entourer le cylindre de coton de deux ou trois tours d'une bande de papier, retenue par un peu de fil dont on se sert pour l'envelopper. On peut aussi se contenter de les fixer au moyen de l'épingle ou de l'aiguille qui, comme nous le verrons plus bas, peut remplacer avantageusement toute espèce de porte-moxa.

Pour un moxa, six lignes de hauteur sont plus que suffisante, la chaleur ne commençant à se faire sentir qu'à l'instant où l'incandescence approche de la peau.

Si les moxas, par la préparation desquels nous allons terminer cet article, n'étaient encore supérieurs par leur commodité, nous vanterions, au-dessus de tous les autres, ceux faits avec de la moelle de sureau imprégnée d'acétate de plomb. On la coupe par rondelles de quatre à cinq lignes de hauteur; on le fait bouillir pendant quelques minutes dans la dissolution de sous-acétate de plomb du commerce, et on les fait sécher : ils sont alors propres à être employés. Le chromate de potasse réussirait probablement aussi.

Percy a beaucoup préconisé la moelle de l'*heliantus annus* (grand soleil); elle brûle seule sans préparation lorsqu'elle est sèche. Il a donné le nom de moxa de velours à ceux faits de cette substance, en raison du peu de douleurs qu'ils occasionnent. L'époque de l'année dans laquelle j'ai fait ces essais m'ayant empêché d'expérimenter ce combustible, je ne puis qu'en faire mention : il est probable qu'ils occasionnent peu de douleur, car l'escarre qu'ils déterminent est légère. Pour leur emploi on peut se dispenser de séparer la moelle de son enveloppe ligneuse, d'après Percy.

Les moxas dont la préparation est la plus simple, l'emploi le plus commode, l'action la plus régulière et la plus facile à régler, sont ceux confectionnés avec du papier préalablement trempé dans une solution de sous-acétate de plomb, telle qu'on la rencontre dans le commerce, et séché; c'est lui que j'appelle papier moxa; il doit être sans colle, ou légèrement collé : celui d'impression est excellent pour cet objet : alors, il prend feu au briquet comme l'amadou. Conservé en portefeuille, quelques instans peuvent suffire à la confection et à l'application d'un moxa. On en coupe une bande de quelques lignes de hauteur que l'on roule sur elle-même, de manière à avoir un cylindre du diamètre désiré. La combustion est trop rapide ou trop lente, selon qu'il est trop peu ou trop serré. Il est peut-être plus commode encore de donner au cylindre de papier une certaine hauteur, et de le partager en plusieurs parties, ensuite avec des ciseaux; on obtient par là plusieurs moxas avec promptitude : la surface unie qui les termine alors est un peu moins facile à allumer. Ainsi préparés, ils deviennent incandescens dans toute leur étendue, sans rien perdre de leur forme et de leur volume; il en résulte une masse en ignition complète pendant plusieurs minutes, et une escarre parfaitement régulière et circonscrite.

M. Trousseau, à qui j'en ai signalé la commodité, les a employés plusieurs fois, et les trouve préférables à tout autre; on peut se servir du même cylindre pour appliquer plusieurs moxas, l'ignition durant très-long-temps. Pour les maintenir, il ne faut pas employer une pince qui les écraserait et les déformerait dès qu'ils seraient incandescens; on ne peut non plus les laisser libres sur le corps du malade; les mouvemens provoqués par la douleur et la rupture de la vésicule, que détermine le soulèvement de l'épiderme par la sérosité vaporisée, ne manqueraient presque jamais de les déplacer et de les faire tomber dans le lit du patient.

Le porte-moxa de M. Larrey consiste en un anneau de métal, terminé par un manche et soutenu par trois pieds en ébène qui, étant peu conducteurs du calorique, sont destinés à en empêcher la transmission jusqu'au corps du malade : sa complication et la nécessité de porter cet instrument avec soi le rend incommode, et l'a fait à peu près abandonner. Le meilleur moyen de supporter les moxas pendant leur combustion est le suivant, parce qu'il est le plus simple et facile à improviser partout. On enfonce une aiguille à coudre à la base du petit cylindre de papier, et on lui adapte un manche au moyen du premier morceau de bois venu, qu'on a préalablement fendu. On peut aussi profiter pour cette opération de la facilité qu'on a de pénétrer dans l'étui médullaire des jeunes branches. Par ce moyen, la chaleur ne peut parvenir jusqu'aux doigts qui maintiennent le moxa. A l'aide d'une grande aiguille (aiguille à laine), ou d'une grande épingle (épingle à friser), que l'on tient par l'extrémité, on parvient aussi au même résultat; mais l'épingle déforme le moxa, à moins qu'on ait la précaution, en l'enfonçant, de la tourner sur son axe à mesure qu'elle chemine; encore n'évite-t-on pas constamment par là l'inconvénient que j'ai signalé, et auquel on peut, en partie, remédier en retirant un peu l'épingle.

On doit enfoncer un peu bas l'aiguille ou l'épingle vers le rebord libre de la bande de papier qui termine le cylindre; par là on l'empêche de s'écarter; on fera même bien de la mouiller légèrement avec un peu de salive pour la tenir appliquée. Ce petit procédé aura pour avantage, en outre, d'empêcher l'ignition de se propager trop rapidement par là, et conséquemment, d'être irrégulière.

Le papier imprégné de chromate de potasse (acide ou neutre) réussit bien, et M. Jacobson l'a beaucoup préconisé. Son incandescence est peu durable; le chromate de potasse est plus cher et plus rare que le sous-acétate de plomb qui se trouve partout. Le nitrate de potasse ne peut être employé de la même manière; il a les inconvéniens signalés plus haut, il fait fusée. Le chlorate de potasse est encore plus mauvais.

Dans mes essais, je faisais brûler les différens moxas sur un cahier de papier; le nombre de feuilles atteintes me permettait de juger de la profondeur comparative des escarres qu'ils seraient capables de déterminer. Ceux faits avec le papier moxa l'emportaient par là sur tous les autres, sur la peau, la différence est bien moins grande; l'escarre est limitée par elle-même; son interposition empêchant que le feu n'étende plus profondément son action; d'ailleurs, rien n'oblige à attendre la terminaison de l'incandescence; l'instant de la rupture de la vésicule, dont on est averti par le bruit qui l'accompagne, indique la formation suffisante de l'es-

carre. J'ai pu m'assurer que, dans cinq escarres faites de cette manière, et examinées après la mort, le tissu cellulaire sous-cutané était resté intact.

Dans ces phénomènes de combustion, les élémens combustibles du papier, hydrogène et carbone, brûlent, en partie, aux dépens de l'oxigène de l'oxide de plomb, et il se dépose du plomb métallique, comme il est facile de s'en assurer en faisant brûler une bandelette de ce papier. Le métal tombe alors en globules brillans; le contact de l'air le fait bientôt repasser à l'état d'oxide, en raison de la température qu'il a conservée. Aussi trouve-t-on, après la cessation de l'incandescence du moxa, une masse jaune, de même forme et de même volume, qui en est comme le squelette; c'est de la litharge mêlée aux cendres, qui appartiennent en propre au papier. L'acide acétique ne joue qu'un rôle insignifiant dans cette circonstance.

Quant au chromate de potasse, c'est par son acide qu'il agit; celui-ci cède son oxigène, et passe, en partie, à l'état de chrome métallique, et en partie à l'état d'oxide.

MARMORAT.

AMPUTATIONS A UN SEUL LAMBEAU DES MEMBRES A UN SEUL OS.

Depuis Celse, qui vivait quatre cents ans après Hippocrate, jusqu'au dix-septième siècle où Botal guillotinait, pour ainsi dire, le membre en le plaçant entre deux tranchets, l'amputation, ressource extrême de la chirurgie, a été pratiquée d'un grand nombre de manières.

De toutes les méthodes suivies pour l'amputation dans la continuité des membres, deux sont restées: la méthode circulaire et la méthode à lambeaux. La première, est le plus souvent, employée dans l'amputation des membres à un seul os, la seconde pour les membres à deux os.

Après avoir étudié et comparé ces deux méthodes, j'ai été amené à mettre en pratique pour l'amputation de la cuisse et du bras un procédé qui réunit les avantages de la méthode à lambeau à ceux de la méthode circulaire sans avoir les inconvéniens qu'on reproche à l'une et à l'autre.

Voici ce procédé pour la cuisse :

Le sujet et les aides convenablement disposés, le chirurgien saisit d'une main les chairs antérieures du membre, qu'il écarte de l'os, enfonce de l'autre main, de part en part, un couteau tenu à plat, rase la partie antérieure du fémur, et taille un lambeau semi-lunaire de six à sept pouces.

L'opérateur reporte son couteau à la base du lambeau qu'un aide est chargé de relever, coupe les chairs qui restent en arrière, comme dans la méthode circulaire, et scie l'os, en écornant, s'il le juge convenable, son bord antérieur et supérieur.

Au lieu de commencer le lambeau par une ponction de dedans en dehors, on peut le découper de dehors en dedans, c'est-à-dire de la peau vers l'os.

On peut encore tailler carrément le lambeau unique : si alors les mesures sont bien prises, rien n'est facile comme d'affronter parfaitement les lèvres de la plaie.

Ce procédé peut s'appliquer, comme il est facile de le concevoir, au bras; cependant pour ce membre nous lui préférons la méthode circulaire.

Sans tenir compte de la facilité et de la prestesse avec lesquelles se pratique ce nouveau procédé, il nous a paru présenter les avantages suivans :

Le lambeau s'applique par son propre poids et facilite par sa disposition la réunion par première intention qui, de cette manière, peut s'obtenir très-promptement.

L'os placé à la partie moyenne, sous un volume de chair assez considérable, ne tend pas comme dans les autres procédés à s'échapper par les angles de la plaie.

Cette dernière se trouvant au point le plus déclive, les fluides s'écoulent d'eux-mêmes et par le trajet le plus direct.

En cas d'hémorrhagie, il suffit de soulever le lambeau pour apercevoir le vaisseau qui la fournit, le tordre ou le lier. La principale artère se trouve à l'angle interne et au niveau de la plaie.

Ce procédé fait éviter la conicité du moignon, la saillie, l'exfoliation de l'os, les tiraillemens nécessités par les pansemens ou par la recherche des vaisseaux qui viennent à donner du sang, primitivement ou secondairement.

L'étranglement du moignon, le décollement, la gangrène de la peau ne sont pas à craindre, et la phlébite, que sa cause première soit l'inflammation des veines ou l'absorption du pus, a peu de chances pour elle, la surface de la plaie étant abritée contre les causes externes.

La cicatrice, dans cette méthode (1), est linéaire, ne se trouve pas au centre du membre; elle est hors d'atteinte des chocs extérieurs. Cette disposition jointe à la masse musculaire qui forme et termine le moignon, facilite l'application d'un membre artificiel.

FÉLIX LEGROS, D. M. P.

---

(1) Cette méthode n'est décrite nulle part que nous sachions; nous devons dire cependant qu'un meunier paraît avoir été amputé à Brest dans un cas exceptionnel par un procédé analogue.

(Thèses de Paris, 1829, n° 258.)

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

PAR F.-J.-V. BROUSSAIS, PÈRE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN EN CHEF ET PREMIER PROFESSEUR A L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DE PARIS, ETC., ETC.

JANVIER 1834.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Observations d'anatomie pathologique, suivies de quelques réflexions.

§ I. La première observation présente quatre époques qu'il est nécessaire de distinguer. Le jeune homme qui en fait le sujet, traité d'abord à Bernai (Eure) par le docteur Perrier, ensuite, soumis à Paris à l'examen de MM. Dupuytren et Récamier, confié à mes soins pendant sept mois à Laigle, enfin revenu dans sa ville natale à la fin de septembre dernier, y a terminé sa carrière.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin par les docteurs Perrier et Neuville de Bernai, m'a été communiquée. Ces messieurs ont eu la complaisance de faire précéder celle-ci de la partie de l'histoire de la maladie dont ils avaient connaissance. Je les laisserai parler jusqu'à l'époque où le malade me fut confié; je raconterai alors tout le reste de l'observation et je rapporterai ensuite les détails de l'autopsie tels qu'ils m'ont été transmis. Je ne changerai même rien au titre de cette observation.

Observation d'une phthisie pulmonaire squirrheuse rapportée par MM. Perrier et Neuville, docteurs en médecine à Bernai (Eure).

M. D, clerc de notaire, âgé de vingt-quatre ans, de la taille de cinq pieds cinq pouces, d'une constitution faible, d'un tempérament nervoso-sanguin, ayant les cheveux châtain-clair, le teint pâle, la poitrine peu développée, issu d'un père mort d'une hypertrophie du cœur à l'âge de soixante-huit ans et d'une mère bien portante, ayant perdu son grand-père paternel des suites d'un cancer de la mâchoire inférieure, éprouvait depuis plusieurs années une toux sèche et de l'oppression sans fièvre, lorsque, dans le mois de février 1832, voulant placer sur sa tête une boîte pesante, il ressentit dans le côté droit de la poitrine une douleur aiguë.

Quelques semaines après cet effort, il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur sur le côté droit où il avait éprouvé de la douleur.

Croyant que cette tumeur était le résultat de l'effort qu'il avait fait, il fit appeler M. le docteur Perrier.

M. Perrier s'étant rendu près de ce jeune homme, dans le mois d'avril 1832, le trouva dans l'état suivant:

Embonpoint médiocre, toux sans expectoration, oppression, son mat du côté droit, tumeur grosse comme une noisette sur ce côté, adhérente et paraissant correspondre à la sixième côte, point de fièvre, appétit.

M. Perrier crut reconnaître une altération de la sixième côte du côté droit et du poumon correspondant; il conseilla le repos, des boissons et un régime adoucissant, l'application sur la tumeur de cataplasmes d'abord émolliens, puis ensuite révulsifs.

Malgré l'emploi de ce moyen, la toux et l'oppression continuèrent, la tumeur augmenta et la fièvre survint.

M. Perrier, partageant les inquiétudes de la famille du malade, conseilla à M. D. de consulter à Paris des médecins distingués.

Le 16 octobre 1832, M. D. s'adressa à M. Dupuytren, qui donna la consultation suivante: « Il existe dans la poi-« trine, du côté droit, soit une tumeur, soit une collection « de liquide séreux ou purulent, dont la tumeur, située au « dehors, n'est que l'effet ou le prolongement. C'est à la « présence de ce corps ou de cette matière étrangère qu'il « faut attribuer la matité du son, l'oppression et autres « symptômes qu'on observe du côté droit de la poitrine.

« Le repos, diète modérée, boissons adoucissantes, cata-« plasmes maturatifs sur la tumeur, deux sétons, l'un en « avant, l'autre en arrière de la tumeur, quelques heures

« d'exercice à cheval au pas, tels sont les moyens que je « conseille de mettre en usage jusqu'à ce qu'il se soit fait « une ouverture spontanée au dehors. »

Le 25 octobre, M. D. consulta M. Récamier qui désira voir M. Perrier, médecin ordinaire du malade, et donna en sa présence la consultation suivante :

« M. D. est affecté d'un empième considérable du côté « droit, offrant cette particularité, qu'une portion du liquide « formant la collection a filtré à travers la plèvre et les mus- « cles intercostaux, pour former une tumeur sous la peau. « Cette maladie est le résultat d'une pleurésie latente qui a « existé précédemment.

« Prescription : repos, adoucissans, cautères sur la tu- « meur, empième, si la maladie fait des progrès. »

De retour à Bernai, M. D. suivit exactement les conseils de M. Récamier, sans obtenir d'amélioration dans son état. Les symptômes augmentant au contraire, le médecin ordinaire écrivit à M. R... le 8 février 1833, qui conseilla l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine, puis enfin de recourir à l'empième si la suffocation menaçait.

§ 2. J'arrive à l'époque où le malade fut confié à mes soins, le 21 février 1833 ; mais je dois auparavant rapporter quelle opinion j'exprimai sur la maladie de M. D. au mois d'octobre précédent lorsqu'on le conduisait à Paris.

Je dis qu'il y avait augmentation de volume des sixième, septième et huitième côtes du côté droit, que la gêne résultant de la pression exercée sur le poumon de ce côté avait produit une inflammation latente et déterminé son endurcissement ou hépatisation. L'application du sthétoscope, la percussion, m'apprirent que cet organe était imperméable à l'air dans toute son étendue. L'absence de l'égophonie, le son obtenu par la percussion médiate, excluaient, à mon avis, l'existence d'un épanchement séreux, surtout quand, plus tard, la partie supérieure du poumon malade devint perméable à l'air, et que la respiration y fut bien évidemment appréciable. Je fis part à M. B...., beau-frère du jeune homme, de mes craintes; et comme il pouvait entendre la vérité, je lui dis que je ne croyais pas cette maladie susceptible de guérison.

Le 21 février 1833, quand je revis le malade, la tumeur des parties molles externes recouvrant les côtes malades, avait beaucoup augmenté; elle s'élevait au milieu vers la sixième côte, et offrait dans cet endroit la sensation d'une fluctuation obscure et profonde. Je pus croire, d'après l'idée que je m'étais formée sur l'origine de la maladie, qu'il y avait là un foyer purulent qui de la poitrine venait saillir à l'extérieur.

Comme cette saillie correspondait au lieu d'élection de l'opération de l'empième, et me rappelant que M. Récamier avait positivement annoncé l'épanchement d'un liquide dans ce côté de la poitrine, que M. Dupuytren, sans se prononcer d'une manière aussi décisive, avait laissé entrevoir que la chose était possible, je ne vis aucun inconvénient à m'assurer de la vérité.

Le 23 février, je pratiquai l'empième, et je n'obtins pas une goutte de liquide.

Ce que j'avais pris pour de la fluctuation était dû à la présence d'un tissu fongueux un peu rebondissant. C'étaient, bien évidemment, les parties molles marchant vers la désorganisation signalée à l'autopsie.

Je dois ajouter ici que, lors du voyage que fit le malade à Paris, indépendamment de cette grave affection dont je viens de m'occuper exclusivement, il éprouvait des palpitations fortes et tumultueuses du cœur ; le foie était beaucoup plus volumineux que dans l'état normal et proéminait assez loin dans l'abdomen ; tous les signes d'une gastro-duodénite chronique existaient.

Au commencement de juillet, le malade s'infiltra, l'œdème devint général, l'abdomen acquit un volume considérable, la fluctuation fut évidente.

En même temps, il existait des nausées, des vomissemens; les excrémens étaient d'un gris blanchâtre, les urines foncées et rares.

Je fis faire une application de sangsues à l'épigastre, et je prescrivis la diète et les boissons délayantes.

Lorsque les symptômes de gastro-duodénite redevenus aigus eurent cédé, j'ordonnai la poudre de digitale pourprée, que je suspendis et repris, suivant les indications que je tirais de l'état d'irritation plus ou moins marqué de la membrane muqueuse de l'estomac.

L'ascite disparut totalement ; ce n'était qu'à la fin de la journée, quand le malade restait levé, que les pieds s'engorgeaient un peu. Cet œdème partiel disparaissait la nuit par la position horizontale.

Mais la tumeur extérieure de la poitrine s'étendit et s'éleva davantage ; elle acquit une sensibilité considérable, surtout au-dessous de l'aisselle et jusque vers la partie postérieure. Ce fut à cette époque que, pour des motifs étrangers à l'état du malade, il se fit conduire à Bernai.

Le jeune homme croyait avoir la force de faire le voyage, conduit doucement en cabriolet ; mais je ne doute pas que ce trajet de dix lieues, dont sept par des chemins de traverse, n'ait aggravé son état désespéré et n'ait hâté le moment de sa mort.

§ 3. Arrivé, le 30 septembre 1833, à Bernai (ici je reprends la narration de MM. Perrier et Neuville), M. D. s'est soumis aux soins de M. le docteur Neuville, qui l'a trouvé ce jour même dans l'état suivant :

Maigreur extrême ; teint jaune, nez et lèvres violets ; poitrine arrondie, plus élevée à droite qu'à gauche ; tumeur bosselée, dure, sans changement de couleur à la peau, présentant des cicatrices de cautères et dans son centre une fistule environnée d'un bourrelet fongueux, situé au-dessous du sein droit ; oppression, son mat du côté droit de la poitrine ; respiration nulle dans cette partie et incomplète du côté gauche ; battemens du cœur irréguliers ; pouls faible ; appétit ; tumeur dans l'abdomen, attribuée au foie, s'étendant depuis l'hypocondre droit jusqu'à l'ombilic et l'hypocondre gauche ; œdème des membres inférieurs, pieds et mains froids ; chaleur naturelle du reste du corps.

Prescription : eau d'orge sucrée, coupée de lait, trois vermicelles ; le repos au lit.

Le 1er octobre, couleur violette de la face; difficulté extrême de respirer ; impossibilité de se tenir dans une posi-

tion horizontale; mouvemens tumultueux du cœur; pouls petit, irrégulier; froid des extrémités.

Prescription : potion calmante, eau d'orge sucrée, coupée de lait; diète.

Dans le cours de la journée et dans la nuit du 1er au 2 octobre, les symptômes augmentent.

Le 2 octobre, à quatre heures du matin, mort.

Autopsie de M. D. faite le 2 octobre 1833, par M. Neuville, en présence de M. Perrier, seize heures après la mort.

EXTÉRIEUR DU CADAVRE.

Taille de cinq pieds cinq pouces, maigreur extrême, poitrine arrondie, plus étendue à droite qu'à gauche; son complétement mat du côté droit de cette cavité, et incomplétement du côté gauche; tumeur circonscrite de quatre pouces de diamètre, peu élevée, bosselée, sans changement de couleur à la peau, située au-dessous du sein droit sur les sixième, septième et huitième côtes, présentant cinq cicatrices de cautères, offrant dans son centre une fistule résultant de l'opération de l'empième faite sept mois dix jours avant la mort, laquelle fistule est environnée d'un bourrelet fongueux et paraît communiquer avec l'intérieur de la poitrine.

La circonférence de la poitrine, mesurée sur la tumeur, est de deux pieds sept pouces. La circonférence du côté droit est de seize pouces et demi; c'est-à-dire deux fois plus grande que celle du côté opposé.

Abdomen un peu élevé, laissant sentir à la pression une tumeur s'étendant depuis l'hypocondre droit jusque dans l'hypocondre gauche, et en bas, jusqu'à l'ombilic.

Infiltration des membres inférieurs.

INTÉRIEUR DU CADAVRE.

Tête et cou.

L'ouverture du crâne n'ayant point été jugée nécessaire, n'a point été faite.

Les membranes muqueuses du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée-artère et des bronches, offrent une teinte rosée.

Poitrine.

La tumeur sous-cutanée de la poitrine adhérente aux sixième, septième et huitième côtes, offre une masse du poids d'une livre et demie, mamelonnée, de couleur blanche, lardacée, criant sous le scalpel, squirrheuse, offrant un pédicule paraissant communiquer avec l'intérieur de la poitrine entre les sixième et septième côtes à travers les muscles intercostaux, par une ouverture ronde d'un pouce et demi de diamètre, la fistule extérieure correspond à cet espace.

Les sixième, septième et huitième côtes sont corrodées, la sixième l'est par ses faces externes et internes et par son bord inférieur, dans l'étendue de deux pouces et demi, et est réduite, dans cet espace, à deux lignes d'épaisseur; la septième côte est corrodée à son bord supérieur dans l'étendue de deux pouces; la huitième côte offre une érosion circulaire de deux lignes de diamètre sur sa face interne.

Le sternum et les cartilages enlevés laissent apercevoir une tumeur considérable bosselée, occupant tout le côté droit de la poitrine et une partie du côté gauche, adhérente au péricarde, aux cartilages costaux gauches, au sternum, aux côtes droites et à la colonne vertébrale qu'elle dépasse à gauche, présentant sur sa face externe une élévation correspondant entre les sixième et septième côtes au pédicule de la tumeur sous-cutanée.

Cette tumeur, formée par la dégénérescence squirrheuse des deux lobes inférieurs du poumon droit, pèse onze livres; elle a vingt-trois pouces de circonférence transversalement et vingt-cinq longitudinalement.

Elle offre, vers le milieu de sa face interne, trois cavités contenant chacune deux onces de liquide, dont l'une remplie d'un pus blanchâtre et les deux autres d'une sanie rougeâtre.

Elle présente en arrière une légère couche de tissu pulmonaire, large de quatre pouces environ et épaisse de deux lignes, s'étendant depuis son sommet jusqu'à la partie moyenne.

Le reste de cette tumeur est complétement squirrheux.

Le lobe supérieur du poumon droit est sain, mais atrophié et resserré par la tumeur.

Le péricarde contient trois onces environ de sérosité.

Le cœur refoulé par la tumeur et situé dans la cavité gauche de la poitrine, paraît plus volumineux que dans l'état naturel.

Le poumon gauche, situé en partie sous le cœur, en partie sous la tumeur, est sain, mais réduit à un faible volume.

Abdomen.

L'abdomen contient environ une pinte de sérosité citrine et une masse albumineuse de la grosseur d'un œuf.

Le péritoine offre sur toute sa surface, et particulièrement dans le petit bassin, une grande quantité de granulations qui le rendent rugueux au toucher.

Le foie est volumineux et s'étend d'une part jusqu'à l'ombilic, de l'autre jusque dans l'hypocondre gauche, ce qu'il doit moins à son volume, qui est considérable, qu'au refoulement causé par la tumeur de la poitrine.

Le foie est d'une couleur brune, son grand lobe est bosselé, son bord supérieur adhère au diaphragme par une portion de tissu squirrheux faisant corps avec ces deux organes; son tissu est plus dur et un peu plus pâle que dans l'état naturel, surtout dans la partie de son grand lobe correspondante à la tumeur de la poitrine, où il crie sous le scalpel, et a de la tendance à devenir squirrheux.

Les membranes muqueuses des intestins grêles et des gros intestins offrent une couleur rouge moins prononcée que celle de l'estomac et du duodénum qui sont d'un rouge foncé.

Les autres organes de l'abdomen ne présentent rien de remarquable.

Réflexions de M. le docteur Neuville.

« Il résulte de cette observation que M. D... est mort à

l'âge de vingt-quatre ans d'une phthisie squirrheuse du poumon droit, maladie fort rare et qui peut-être n'a jamais été observée, puisque les auteurs n'en citent aucun cas précis. »

MM. Breschet et Ferrus, *Dictionnaire de médecine*, art. *Cancer*, disent :

« Le cancer du poumon présente presque toujours la ma-
« tière encéphaloïde : nous n'y avons jamais vu de dégéné-
« ration squirrheuse. »

M. Boyer dit : *Dictionnaire des Sciences médicales*, tome 52, pag. 285, art. *Squirrhe :*

« Le tissu des poumons, si susceptible de s'enflammer,
« et par suite d'être affecté d'induration chronique, ne
« paraît guère exposé à la dégénération squirrheuse, au
« moins les auteurs n'en citent aucun exemple précis. »

Laënnec dit, *Traité de l'auscultation*, tome 1, page 312, paragraphe 3 :

« L'encéphaloïde est la seule espèce de cancer que Bayle
« et moi ayons observée dans le poumon. »

La phthisie squirrheuse du poumon est si facile à confondre avec les autres espèces de phthisie pulmonaire, qu'aucun des médecins consultés n'a pu caractériser la maladie de M. D..., maladie qu'auraient peut-être fait soupçonner la tumeur sous-cutanée, l'oppression extrême, l'absence d'expectoration, la couleur jaune paille du malade et la mort de son grand-père par un cancer de la mâchoire, si l'on eût connu un seul cas positif d'une affection de cette nature.

§ 4. Ici se terminent la narration et les réflexions de M. le docteur Neuville. J'ai cru devoir rectifier quelques omissions et quelques inexactitudes dans ce qui a trait à la part que j'ai prise au traitement du jeune homme, et rétablir des faits contenus dans une lettre en forme de mémoire que j'avais adressée à M. Neuville, lorsque le malade retourna à Bernai et fut confié aux soins de ce médecin très-distingué.

Je disais dans une seconde lettre, que j'avais toujours cru que la maladie avait commencé à la sixième côte ; que cette explication me paraissait la plus naturelle. M. Neuville croit que je suis dans l'erreur ; c'est ce qu'il ne serait pas sans intérêt d'examiner.

Les raisons de M. le docteur Neuville sont les suivantes :

1° Long-temps avant l'apparition de la tumeur sous-cutanée, M. D.... éprouvait de l'oppression ;

2° La tumeur externe, d'abord peu volumineuse, a succédé à un effort violent ; circonstances qui tendent à démontrer que le désordre a procédé de l'intérieur à l'extérieur entre la sixième et la septième côtes, et que les côtes n'ont été corrodées intérieurement et extérieurement que consécutivement.

A cela je réponds 1° que la tumeur extérieure, quand je la vis la première fois, me parut, à cause de sa dureté osseuse qui ne correspondait qu'à un très-léger empâtement des parties molles sus-jacentes, avoir son siége dans les côtes, et si quelque chose m'a surpris à la lecture des consultations de MM. Dupuytren et Récamier, c'est qu'ils ne tenaient aucun compte de cette circonstance.

2° Qu'en admettant l'étiologie que je propose, il est facile d'expliquer la toux précédant l'effort (cause déterminante de l'augmentation des accidens) ; car la sixième côte malade, déjà rugueuse, irrite la plèvre ; de là, toux fatigante sans expectoration, extension de l'irritation au tissu pulmonaire, hépatisation, squirrhosité, etc. Cette étiologie serait également applicable, quand bien même la dégénérescence eût été l'*encéphaloïde*.

Je ne crois pas à la formation spontanée d'une matière encéphaloïde sans irritation préalable du tissu qui subit cette dégénérescence, et l'on sait qu'indépendamment du pulmonaire tous les autres tissus peuvent éprouver cette métamorphose morbide. L'observation que je vais rapporter prouvera peut-être que j'avais de bonnes raisons pour soutenir l'opinion que j'ai émise, sur la marche qu'a suivie la dégénérescence dont on vient de lire l'histoire.

Observations.

Le nommé Chemin, ancien militaire retiré à Laigle (Orne), se plaignait d'une douleur occupant la partie postérieure de la cuisse gauche et simulant assez bien une sciatique ; cette douleur augmenta et produisit enfin la claudication, surtout après que cet homme se fut marié.

Des vésicatoires furent appliqués, des frictions, des boissons sudorifiques furent prescrites, sans que les progrès de la maladie fussent bornés. Une tumeur commença à se manifester à la partie latérale supérieure et un peu postérieure de la cuisse malade. Cette tumeur, dans l'espace de deux années, acquit un volume considérable ; elle gagna aussi la région antérieure jusqu'au pli de l'aine. Elle offrait au toucher la sensation d'une fluctuation peu apparente et profonde.

La couleur de la peau n'était pas sensiblement changée ; seulement, les veines superficielles étaient un peu plus dilatées que dans l'état naturel.

Je présumai qu'il existait une affection de l'articulation de la hanche ne différant des tumeurs blanches du genou que par le siége. Cependant, pressé par M. Gaubert, chirurgien, qui avait toujours donné des soins à ce malade, et qui m'avait appelé en consultation, je me décidai à faire une ouverture suffisante pour nous assurer de ce que contenait la tumeur.

Je pratiquai une incision dans la partie la plus saillante.

Je ne trouvai sous la peau qu'une désorganisation ayant l'aspect et la consistance spongieuse du tissu pulmonaire et d'un rouge brun comme la rate. Je plongeai le bistouri plus avant, et donnai, par ce moyen, issue à une matière blanche que je ne puis mieux comparer qu'à *de la substance cérébrale écrasée* (1).

Cette matière sortait avec une espèce de bruit de gargouillement semblable à celui d'une hernie intestinale que l'on réduit, ce qui fit soupçonner qu'elle venait de loin.

Elle était inodore. J'agrandis l'ouverture de manière à pouvoir introduire la main, et je tirai une grande quantité de matière encéphaloïde. En même temps, j'acquis la conviction que tous les muscles compris dans la tumeur étaient convertis en cette substance.

(1) J'ai recueilli cette observation il y a vingt-quatre ans, c'est-à-dire en 1809. Laennec n'avait pas encore écrit, et je ne crois pas que Bayle eût rendu publiques ses recherches sur l'anatomie pathologique.

Le pansement fut fait à plat et simplement. Dès le lendemain, la plaie et les matières contenues dans la tumeur avaient une odeur cadavéreuse. Le pouls devint petit le troisième jour, la face hippocratique : le malade mourut le soir.

L'inspection de la partie faite après la mort, nous a fait reconnaître les désordres suivans :

Les muscles grand, moyen et petits fessiers n'existaient plus; les muscles iliaque interne et psoas avaient disparu. Ils étaient convertis en cette matière cérébriforme dont j'ai parlé. Les parties les plus extérieures de la tumeur avaient cette consistance spongieuse que j'ai comparée au tissu pulmonaire, et que j'ai jugée être la nuance qui précédait la dégénérescence encéphaloïde. Ce qui prouverait cette assertion, c'est que cette matière blanche était la plus voisine des os trouvés usés, détruits ou corrodés en grande partie.

Un tiers au moins de l'os iléon avait disparu : le reste était couvert d'aspérités, de pointes, dans toute son étendue, tant extérieurement qu'intérieurement. La cavité cotyloïde était également affectée, le ligament rond détruit, la tête du fémur malade.

Il me paraît évident, d'après ces faits, que l'os iléon avait été frappé le premier par la cause qui avait continué de sévir en s'étendant aux parties molles; que le tissu des muscles avait passé par la nuance *pneumonoïde* avant d'arriver à l'*encéphaloïde*, dernier degré de la dégénérescence.

§ 5. En voyant la sixième côte, chez le jeune homme qui fait le sujet de la première observation, plus malade, plus anciennement corrodée que les septième et huitième, ne peut-on conclure de son voisinage avec la plèvre correspondante, que la toux sèche et la dyspnée, qui avaient précédé l'accident survenu à cause du faix porté sur la tête, tenaient déjà à cette disposition; que le tissu pulmonaire a participé à cette inflammation latente, s'est endurci et a passé de l'hépatisation à la squirrhosité. On trouve, dans l'histoire des phlegmasies chroniques, de ces indurations des poumons qui n'avaient qu'un pas à faire pour arriver au squirrhe proprement dit. Et les soins empressés d'une mère et d'une sœur n'expliquent-ils pas la durée de la vie au milieu de tous les désordres décrits plus haut?

D'ailleurs, que l'on compulse les observateurs. Sans idée préconçue, on sera bien obligé de convenir que le tissu des os a ses maladies molles. On ne trouvera d'usure des os bien constatée, que là où il y avait mouvement de la tumeur. C'est ce qui s'observe dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte, de l'aorte abdominale, dans les fungus de la dure-mère, etc. Ici, comme le dit Boyer, il y a *abrasion;* mais les os ne sont ni corrodés, ni couverts d'aspérités.

La tumeur stéatomateuse trouvée par Boerhaave et Bye dans la poitrine du marquis de Saint-Auban, était d'un volume énorme, avait déplacé le cœur, refoulé le poumon gauche, adhérait aux côtes qu'elle comprimait, et n'avait laissé sur celles-ci aucune trace de sa présence.

Je ne puis croire avec Laënnec que la matière trouvée dans les os frappés de spina-ventosa soit la cause mécanique pure et simple de l'érosion, de la perforation des os cylindriques; mais je crois que cette substance est le terme de la dégénérescence de l'organe médullaire, dont l'inflammation transmise au tissu osseux lui-même, donne lieu aux désordres observés. L'irritation peut également avoir frappé celui-ci le premier.

Que je sois ou non dans l'erreur, je n'insisterai pas plus long-temps sur cette question. Je conclurai seulement des observations que je viens de rapporter, qu'elles ajoutent une nouvelle force aux vérités proclamées dans les ouvrages du fondateur de la médecine physiologique, vérités qu'il ne cesse de faire retentir du haut de sa chaire de pathologie générale; c'est que l'important, en médecine pratique, est de saisir les signes qui, au début des maladies, expriment les lésions des organes, quelle que soit la légèreté de leurs nuances, et de ne rien négliger pour en arrêter les progrès.

C'est surtout dans ces toux longues, opiniâtres, avec ou sans expectoration, mais encore apyrétiques, que la négligence ou l'expectation peuvent devenir funestes.

Je traite, dans ce moment-ci, une dame qui, depuis la mort de son médecin, n'avait éprouvé que de légères indispositions, et ne songeait pas à le remplacer; atteinte d'un rhume devenu bronchite chronique, elle ne se décida à réclamer mes soins que lorsque l'irritation avait déjà envahi le cœur.

Des saignées répétées ont calmé les palpitations, la céphalalgie, les étourdissemens, la dureté du pouls. J'ai fait succéder à cette médication le sirop d'asperges, la digitale pourprée. Malgré tous mes efforts, j'ai maintenant affaire à une carditc chronique.

Le temps des saignées est passé, le pouls devient petit, irrégulier; la malade éprouve des menaces de suffocation au moindre mouvement, il y a obstacle déjà avancé à la circulation.

§ 6. La division que fait Bayle des maladies, lorsqu'il parle de l'utilité de l'anatomie pathologique, n'est-elle pas une preuve qu'il pensait que les maladies organiques naissaient toutes formées, et par conséquent incurables? Il avait cependant entrevu et même énoncé une vérité que devait féconder la doctrine physiologique : « Je suis persuadé, dit-il, que l'ouverture répétée des cadavres prouvera un jour que presque tous les modes de lésion peuvent exister dans toutes les parties du corps humain, et qu'ils ne présentent dans chacune d'elles que de légères modifications. » Il fallait ajouter, *et qu'ils peuvent être rapportés à une cause générale, l'*IRRITATION.

Mais quand on arrive au chapitre des tissus accidentels, à leur description minutieuse, dont on attribue la formation à une espèce de fatalité, l'esprit cesse d'être satisfait. On reconnaît alors cette triste vérité que la plupart des livres, qui ne se composent que d'investigations cadavériques, sont de vastes *charniers*, où l'on peut voir les désorganisations multiformes de notre pauvre machine humaine, mais où la science trouve peu de choses à ajouter à ses conquêtes.

J'ai souvent comparé le dégoût que j'éprouvais à ces lectures, au plaisir que me procurent l'histoire des phlegmasies chroniques, par le professeur Broussais; les recherches sur l'encéphale, par M. Lallemand de Montpellier : ici, du moins, l'inspection cadavérique vient démontrer une erreur ou consacrer un principe.

EMANGARD.

Opération de cystotomie postero-pubienne, pratiquée, sur un jeune garçon de douze ans;

par M. AMUSSAT.

Un jeune garçon nommé Tournesac, natif du Mans, à peine âgé de douze ans, ressentit, dès son bas âge, des douleurs en urinant. Plusieurs chirurgiens de son pays soupçonnant la présence d'un calcul dans la vessie, le sondèrent à diverses reprises, sans jamais avoir pu constater l'existence d'un corps étranger dans le réservoir de l'urine.

Les douleurs qu'éprouvait cet enfant ayant pris un nouveau degré d'intensité, sa mère se décida à l'amener à Paris, où le docteur Lacorbière le confia aux soins de M. Amussat. La sensibilité et l'indocilité du jeune malade furent deux obstacles difficiles à vaincre, avant d'arriver à pratiquer le cathétérisme. Enfin, après une exploration attentive, M. Amussat reconnut qu'il existait une pierre dans la cavité de la vessie; prenant alors en considération les difficultés que lui avait opposées le jeune malade pour se laisser sonder, ce chirurgien préféra lui pratiquer l'opération de la taille à celle de la lithothrypsie.

Le 15 septembre 1832, le jeune Tournesac ayant été soumis à la taille postéro-pubienne par le procédé de M. Amussat, en présence de MM. Sper, Fouillette, Dubreuil, etc., on parvint à extraire de la vessie un calcul du volume d'une noix.

L'opération fut si heureusement pratiquée, qu'à peine l'enfant eut-il un accès de fièvre: aussi la guérison, qui n'avait été entravée par aucun accident, fut-elle complète au vingt-unième jour.

—

En rapportant ces observations, nous n'avons pas cru devoir faire la description du procédé opératoire de M. Amussat pour la taille postéro-pubienne, nous réservant d'engager les praticiens qui désireraient connaître ce procédé, à consulter le tableau synoptique que ce chirurgien a publié sur la lithothrypsie et sur la cystotomie postéro-pubienne. Dans cet ouvrage écrit *ex professo*, l'auteur a décrit avec ordre, méthode et clarté les préceptes à suivre pour bien pratiquer cette taille hypogastrique.

—

(*Note du Rédacteur.*) Afin de compléter cette observation, nous allons suppléer au laconisme du narrateur en transcrivant ici les règles qu'a établies M. Amussat pour pratiquer avec sécurité l'opération de la taille postéro-pubienne, que nous lui avons vu souvent mettre en usage, et toujours avec succès.

—

« Les objets nécessaires à l'exécution de ce procédé opératoire sont: 1° une sonde à robinet; 2° une seringue en bon état, pouvant être bien ajustée sur la sonde; 3° deux bistouris, un à lame large, l'autre étroit et boutonné; 4° des éponges; 5° des pinces à torsion; 6° des tenettes; 7° des instrumens de réserve, comme sonde à dard, crochet suspenseur, tenettes courbes et à forceps, curettes à cul-de-sac, etc. Pour le pansement, on doit avoir: 1° une canule de gomme élastique recourbée, percée de deux ouvertures latérales à son extrémité vésicale, et taillée en bec de flûte ou en forme de gouttière très-prolongée à l'extrémité opposée qui doit en outre être garnie d'un double fil ciré; 2° des bandelettes de sparadrap; 3° des petits coussinets couverts de taffetas ciré; 4° de la charpie et du cérat; 5° des compresses longuettes, et deux compresses plus grandes; 6° un bandage de corps et deux sacs de toile cirée garnis d'éponges; 7° un cerceau destiné à soutenir le poids des couvertures.

Après avoir fait raser tous les poils qui recouvrent le pubis, le malade est placé sur une table ou sur un lit, de manière que le bassin soit le point le plus élevé. L'opérateur étant à gauche du malade, introduit la sonde, et constate de nouveau la présence de la pierre. Il injecte dans la vessie un verre d'eau tiède, et retire aussitôt la sonde. A l'instant même, un aide intelligent place un doigt sur le méat urinaire pour s'opposer à la sortie de l'injection, en ayant soin de ne presser que légèrement le pénis. L'opérateur se place alors à droite; il cherche à reconnaître le haut de la symphyse, et divise la peau, ainsi que la graisse, jusqu'à la ligne blanche dans l'étendue de trois travers de doigt, un peu avant de la symphyse. Quelquefois les artères sous-tégumenteuses donnent beaucoup de sang. M. Amussat procède alors à leur torsion. Dès que le doigt a reconnu la ligne blanche qui doit lui servir de guide, on incise en bas, dans l'étendue d'un pouce au plus. Plus profondément, on trouve une forte aponévrose: pour l'ouvrir sans risquer d'intéresser le péritoine, il convient de tourner en haut le tranchant du bistouri et de faire pénétrer sa pointe d'avant en arrière, immédiatement au-dessus du pubis. Dès qu'on a vaincu la résistance, on prolonge l'incision en haut, puis on essaie d'y introduire le doigt, et s'il y est serré comme dans une boutonnière, on débride légèrement, à droite et à gauche, en bas, et de manière à ne pas intéresser les os du pubis. Lorsque l'index pénètre aisément, il rencontre bientôt le sommet de la vessie; il faut alors diriger ce doigt *directement* en bas, entre la symphyse et la vessie, sans dévier et sans pénétrer trop profondément: l'ongle tourné vers les os pubis, et la pulpe vers la vessie, on cherche à reconnaître le globe vésical. Ici l'opérateur introduit l'indicateur de la main droite dans l'anus, et, en élevant le bas-fond de cet organe, il acquiert promptement la certitude que c'est bien la vessie qui est entre ses deux doigts. Alors, il insinue à plat la lame du bistouri entre son doigt et les os pubis; dès qu'il est arrivé au point où il veut plonger, il recourbe légèrement le doigt en arrière et en haut, puis il fait pénétrer *hardiment* le bistouri de haut en bas et d'avant en arrière, sans chercher à étendre l'incision; mais il faut, pour cet effet, que la lame du bistouri soit assez large. L'index gauche a dû conserver sa position. Il faut plonger le doigt *directement* en bas et en vrillant pour forcer l'ouverture qu'on ne doit pas chercher en tâtonnant; car on échoue, si l'on hésite, parce que l'on décolle le tissu cellulaire dans un espace plus grand, et que, pendant ce temps, la vessie se vide et se ramollit, le décollement étant très-grand, il devient de plus en plus difficile de pénétrer dans le réservoir de l'urine; c'est pourquoi il est très-important d'y arriver vite et sans tâtonner. Aussitôt que le doigt est dans la vessie, l'eau ne sort plus, et l'on peut parcourir toute la cavité de ce viscère; si le sujet n'a pas le ventre trop gros,

et si la vessie n'est pas trop distendue, il est bon d'explorer la vessie et le calcul, la forme de ce dernier et sa position. Si l'on prolonge ce temps de l'opération, on en retirera de grands avantages pour l'extraction de la pierre. On recourbe ensuite le doigt, en lui faisant former le crochet; puis, en tirant la vessie en haut, on agrandit l'ouverture par traction seulement, et l'eau jaillit aussitôt en abondance; c'est alors qu'on doit se hâter d'introduire les tenettes. Pour charger la pierre, on touche avec le bout des tenettes, que l'on ouvre sur elle. On s'assure encore par le toucher si elle est bien prise, et l'on en fait l'extraction après avoir retiré le doigt, et en tournant graduellement les tenettes, dont on presse doucement les anneaux pour ne pas briser le calcul. Lorsque le corps étranger est extrait, on se hâte d'introduire de nouveau le doigt dans la vessie, et l'on place avec soin la canule en longeant le doigt. La facilité avec laquelle cet instrument aura pénétré, et la possibilité de lui faire exécuter de grands mouvemens, donneront l'assurance qu'il est bien dans la vessie : on peut même le toucher par le rectum.

La canule placée convenablement, on procède à la réunion immédiate de la plaie au-dessus de cet instrument, et l'on fixe les fils au moyen de bandelettes agglutinatives. On place alors les deux petites compresses de taffetas ciré de chaque côté de la plaie, et on applique quelques bandelettes par-dessus; on place sur le milieu des plumasseaux enduits de cérat, et, de chaque côté, des compresses graduées, recouvertes par une large compresse simple; le tout est maintenu avec un bandage de corps. Le malade placé dans son lit dans une position presque assise, on relève les bourses avec une compresse épaisse. Un sac de taffetas ciré, garni d'une éponge, est aussitôt placé entre les cuisses; enfin, un cerceau qui s'appuie de chaque côté du bassin protège tout l'appareil. Il faut changer souvent l'éponge et la poche destinée à recevoir l'urine, pour diminuer la mauvaise odeur qu'exhale ce liquide. On évitera en même temps tout ce qui pourrait diriger du froid sur le malade et arrêter la transpiration.

Quant aux soins consécutifs, ils doivent être basés sur le traitement antiphlogistique. Du quatrième au sixième jour, on renouvelle plusieurs fois l'appareil extérieur. Du septième au huitième jour pour l'adulte, et du sixième au septième pour l'enfant, on enlève toutes les pièces du pansement et la canule. On trouve alors une cicatrice linéaire qui comprend les trois quarts supérieurs de la plaie. Après avoir ôté la canule en la tournant, il ne reste plus qu'un trou oblique qui est l'orifice extérieur du trajet fistuleux qui s'est établi autour de la canule. Il est utile de soutenir encore la cicatrice par des bandelettes, quelques compresses et un bandage de corps. On peut alors lever le malade et lui donner une nourriture un peu substantielle. L'urine est dirigée à droite ou à gauche pour l'empêcher de baigner les bourses. Il n'est pas nécessaire de laisser la sonde dans la vessie pour la cicatrisation qui a lieu ordinairement du quinzième au trentième jour. »

Tumeur survenue subitement aux lombes, à la suite d'une chute, produisant par la plus légère pression l'engourdissement et le froid des membres abdominaux;

par J. GUYOT, docteur-médecin de Paris.

L'observation que je publie présente un fait curieux et nouveau, je crois, dans la science; je l'exposerai simplement et sans commentaires.

Un jeune homme de trente ans, nommé Pierre....., suivait habituellement la voiture de M. le comte D..... Le 22 décembre, l'équipage allant bon train était sur le point d'atteindre la maison : Pierre avait quitté son siége un moment; il saisit d'une main la courroie pour y remonter tenant de l'autre un parapluie; le mouvement de la voiture l'entraîne vers la caisse; son carrik est saisi par les rayons de la roue qui le tire et le fait tomber entre elle et la caisse; elle le jette ensuite à terre en avant de l'essieu, et, soit en passant sur lui, soit en lui frappant fortement la tête sur le pavé, ce qui n'a pu être constaté, lui laisse à la nuque, du côté gauche, une plaie profonde; tandis que son corps, froissé fortement dans le premier temps de la chute, présentait des traces de contusions au scrotum, à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, à la partie inférieure du dos, à la partie droite du cou et à l'épaule gauche. Aucune fracture, aucun signe de commotion. Le pouls était vif, dur et fréquent, la poitrine brûlante; le malade, très-pléthorique d'ailleurs, accusait un sentiment de constriction à la gorge et de congestion pulmonaire; la respiration était pénible et précipitée; les pieds froids; le membre abdominal droit engourdi. Je pratiquai une saignée avant de procéder au pansement; les symptômes de congestion disparurent immédiatement; je nétoyai la plaie remplie de boue et de paille, et je la pansai. J'appliquai des compresses trempées dans une dissolution de sel ammoniac sur les parties contuses; je fis une seconde saignée, et jusqu'au quatrième jour, je n'observai rien de remarquable : l'engourdissement du membre abdominal droit diminuait sensiblement, et le malade commençait à mouvoir sa jambe; l'épaule et le bras correspondans reprenaient également leur mobilité; la plaie, qui n'avait pu être réunie par première intention, se dégorgeait et donnait une suppuration de bonne nature, promettant une prompte cicatrisation; les contusions n'offraient déjà plus rien de grave et n'étaient compliquées d'aucun épanchement : il n'est peut-être pas indifférent de dire que le malade n'avait pu rendre ses excrémens et ses urines pendant quarante-huit heures, malgré le besoin qu'il en éprouvait; mais que cette double rétention avait promptement cédé à quelques verres d'eau de sedlitz et de chiendent nitré. Il avait aussi ressenti quelques élancemens le long du trajet du nerf frontal; mais il n'existait aucune céphalalgie et aucun trouble dans les fonctions du cerveau. Le 26 au matin, le malade m'annonça que la pesanteur de l'épaule et du bras gauches avait augmenté presque subitement. Le 27, il me dit qu'il n'éprouvait plus aucune pesanteur dans la jambe droite, et que son mal paraissait s'être fixé dans la jambe et la cuisse gauches; qu'un frisson et un engourdissement qu'il n'avait pu vaincre ni par les topiques chauds, ni par les frictions, s'en étaient emparés pendant plusieurs

heures pour faire place ensuite à un sentiment de chaleur toujours accompagné de pesanteur et d'engourdissement. Le bras et l'épaule gauches lui semblaient plus libres. J'examinai la colonne vertébrale avec soin, tout paraissait être dans l'état naturel ; le pouls était lent, mais un peu dur ; l'état général était très-satisfaisant. Le malade était fort gai, demandait à manger et n'accusait aucune souffrance ; toutes ses fonctions se faisaient bien. Le 28, le bras et l'épaule gauches étaient plus libres encore ; le frisson du membre abdominal correspondant s'était renouvelé plus fort que la veille, et le sentiment de pesanteur et d'engourdissement était augmenté : nouvel examen de l'épine dorsale, même état que la veille. Le 29, le froid et la pesanteur ont encore augmenté et se sont étendus à la jambe droite. L'épaule et le bras gauches sont entièrement dégagés. L'état général est de plus en plus satisfaisant ; la plaie est à moitié cicatrisée ; les traces des contusions ont disparu ; l'appétit est vif et franc ; le pouls est tout-à-fait normal. Le 30, le malade m'annonce que les cuisses et les jambes sont entièrement dégagés, et, pour m'en donner la preuve, il se lève et marche dans sa chambre : cette amélioration a commencé la veille vers dix heures du soir ; mais une autre chose inquiète le malade, c'est une tumeur, qu'il a sentie le matin seulement, aux lombes. Je le fais coucher sur le dos, et je reconnais, en effet, une tumeur, d'environ cinq pouces de diamètre, occupant toute la région lombaire un peu plus à droite qu'à gauche. Cette tumeur est molle, fluctuante, sans douleur, sans changement de couleur à la peau : plate dans le décubitus, saillante dans la station verticale, elle paraît contenir un liquide excessivement fluide. Lorsqu'on la comprime, elle paraît diminuer et n'excite aucune douleur ; mais chaque compression détermine instantanément le froid et la torpeur des deux membres abdominaux, mais principalement du membre gauche ; chaque percussion retentit jusqu'au pied, portant avec elle le même sentiment de fraîcheur et d'engourdissement. Je ne jugeai par à propos d'ouvrir cette tumeur, je ne voulus pas non plus la comprimer : je me contentai de la couvrir de compresses trempées dans une dissolution de sel ammoniac. Le lendemain 31, la tumeur était plus tendue, le froid et l'engourdissement de la jambe et de la cuisse gauches avaient reparu, mais à un moindre degré. La compression et la percussion produisaient encore l'effet dont j'ai parlé tout à l'heure, mais avec moins d'intensité aussi. Je me comportai comme la veille, et j'attendis encore. Le 1er janvier, l'engourdissement avait disparu ; je trouvai le malade levé : la pression ne faisait plus diminuer la tumeur et ne produisait aucun sentiment de pesanteur et de froid, non plus que la percussion. Le malade en était incommodé mécaniquement, il ne pouvait se courber en se baissant. Je résolus d'ouvrir la tumeur le lendemain seulement. Je préférai l'application d'un petit morceau de potasse caustique à l'instrument tranchant, afin d'exciter la peau qui, d'ailleurs parfaitement saine, était froide et engourdie. Ce ne fut que le 3 janvier que je fendis l'escarre située à la partie la plus déclive de la tumeur un peu à droite de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire, je dus faire pénétrer le bistouri assez profondément, et je le sentis distinctement diviser les aponévroses musculaires. J'obtins par ce moyen environ un verre d'une sérosité limpide, légèrement colorée par quelques gouttes de sang qui s'échappaient du fond de la plaie. Le malade se sentit immédiatement soulagé et se mit à courber le dos pour bien s'assurer de l'avantage qu'il venait d'obtenir. Je le fis coucher sur le dos, et je disposai sous lui un drap plié en plusieurs doubles pour recueillir le reste du liquide que n'avait pu être exprimé. Je le laissai ainsi jusqu'au lendemain, où je le trouvai très-dispos et habillé ; la tumeur était entièrement vidée et la peau revenue à ses dimensions premières. Pendant tout ce temps, la plaie de la tête avait marché rapidement ; elle est entièrement cicatrisée ; il ne restait plus que l'escarre à soigner pour obtenir une guérison complète, et cette guérison eut lieu le 15 janvier 1834.

Le fait principal et le seul important de cette observation est dans l'apparition de la tumeur et les symptômes qui l'ont précédée et suivie :

La matière de cette tumeur était-elle contenue dans le canal rachidien ?

Etait-elle le résultat d'une sécrétion anormale de l'arachnoïde rachidienne, ou bien aurait-elle été produite par l'arachnoïde cérébrale et serait-elle venue s'accumuler dans le cul-de-sac de l'arachnoïde lombaire ?

Comment a-t-elle pu, sans symptômes inflammatoires, se frayer un chemin à l'extérieur ?

Comment ce chemin, une fois ouvert, a-t-il pu se refermer ?

Une tumeur apparaissant subitement aux lombes, diminuant par pression, produisant par compression et percussion l'engourdissement et le froid des membres abdominaux, sans rougeur, sans douleur locale, peut-elle ne pas communiquer avec le canal rachidien ?

Paris, 15 janvier 1834.

Rapport de deux mémoires à consulter, adressés par M. le docteur GERMIGNAC, *d'Exudeuil, à M. le professeur* BROUSSAIS.

La première consultation est relative à une *gastro-entérite chronique;* et dans la seconde il est question d'un ramollissement du corps de la cinquième et sixième vertèbre dorsale, compliqué de gastro-entérite, d'ophthalmie, etc. — *Réponse* de M. BROUSSAIS *aux deux mémoires à consulter.*

« Monsieur et très-honoré Maître,

J'avais terminé mes études scolastique, lorsque le premier examen parut, et que votre doctrine vint enfin renverser l'ontologie médicale. Peu satisfait de ce que j'avais appris, je ne fus point infatué du doctoral, et avant de m'aventurer dans une carrière qui me paraissait si difficile et si obscure, je voulus me pénétrer de vos principes. J'aime à me rappeler combien il me fallut peu de temps pour me débarrasser des premières impressions que j'avais reçues, secouer le joug des célébrités intentigibles de l'époque, pour accourir à celle qui, en parlant à ma raison, me faisait palper la vérité, et me mettait en pouvoir de la vérifier moi-même. Ma conversion fut prompte, complète ; elle a resté inébranlable.

C'est sous ces auspices que je commençai l'exercice de la médecine physiologique ; je fus le premier à l'importer dans ma contrée, et j'ose dire que je fus assez heureux pour contribuer à la propager, même à travers des obstacles de toute espèce. Les succès fréquens et remarquables que j'ai obtenus, je ne les dois et ne les attribue qu'au fondateur et au maître. Cent fois j'ai pris la résolution de lui offrir, dans les Annales, le groupe d'observations que je possède comme un faible tribut d'une grande reconnaissance. J'ai toujours été retenu par la défiance de moi-même et la connaissance de mon inaptitude à rédiger.

N'ayant pas eu le grand avantage de pouvoir suivre vos leçons cliniques aussi long-temps que je l'eusse désiré, j'ai tâché de suppléer aux inconvéniens de mon court séjour à Paris, en y redoublant d'assiduité à vos visites du Val-de-Grâce et en méditant sans cesse vos nombreux travaux. Grâces à tant de zèle et de continuité dans mes nouvelles études, et vu mon dévouement absolu aux principes du fondateur de la nouvelle médecine française, j'ose me croire digne de prendre place au rang de médecins physiologistes. C'est à ce titre que je parais devant vous et que je viens vous demander des conseils, pour deux malades bien intéressans que je désire vivement rendre à la santé. Je réclame toute votre attention et toute votre indulgence, car je ne me sens pas assez d'habitude pour mettre la couleur convenable au tableau de souffrances que j'ai à vous faire connaître dans cette circonstance.

Consultation pour M. LATROUCHE *père.*

Il s'agit de l'une de ces fréquentes irritations gastro-intestinales à lointaine origine, d'abord obscure et n'apparaissant même que par intervalles chez un de ces sujets actifs, laborieux, habitués à une santé forte et régulière, et par conséquent peu attentifs aux incommodités qui ne diminuent encore ni l'appétit, ni l'embonpoint, ni l'aptitude aux occupations habituelles. Combien de maladies légères ne sont-elles pas aggravées ainsi, par la continuation d'un régime qui convenait seulement à l'état normal !

M. L.... est âgé de 33 ans, d'une taille moyenne, cheveux blonds, peau tachetée de plaques rousses dites hépatiques ; il était assez musculeux et très-actif ; il a été pendant quelque temps élève en pharmacie ; et se trouve actuellement propriétaire et père de famille. Sa vie se partage entre les occupations de l'agriculture, le soin de ses affaires domestiques, et les agrémens de la chasse, de la pêche et de la musique. C'est un homme à mœurs simples et paisibles, très-sensible, sobre sur les boissons alcooliques, mais il était grand mangeur ; il avait toujours joui d'une bonne santé, quoiqu'il existe dans sa famille une constitution lymphatique prédominante. Au mois de décembre 1828, M. L..... perdit sa mère, qui avait été affectée de l'une de ces gastro-hépatites chroniques qui se terminent par une de ces longues agonies, qui prolongent une scène de douleurs déchirantes pour les personnes affectueuses qui entourent la victime jusqu'à son dernier moment. Des soins pénibles et persévérans, les chagrins, les veilles, un régime entrecoupé par l'abstinence ou des repas copieux, ou des mets mal choisis ; tout cela ne tarda pas à agir sur la santé de M. L..... Bientôt il éprouva des douleurs de ventre sans diarrhée, qui se prolongèrent pendant trois ou quatre mois ; en même temps il était fatigué par un sentiment de pesanteur et de plénitude à l'abdomen après le repas et pendans toute la durée de la digestion. Un peu plus tard, il s'y joignit une diarrhée de sept à huit selles par jour, reparaissant et cessant alternativement à des intervalles plus ou moins éloignés : le malade assure que les substances végétales lui ont toujours procuré la diarrhée.

Quoi qu'il en soit, M. L.... prend une préparation de *laurose* (nerium anti-dysentericum), et à ce qu'il affirme, la diarrhée, ainsi que les douleurs abdominales cessent complétement, et la santé revient à son état normal ; elle se maintint ainsi jusqu'en novembre 1829. A cette époque, nouvelle affection morale profonde par la perte d'un enfant mort d'une gastro-encéphalite. Les douleurs abdominales reparaissent ; elles sont générales, sourdes pendant le jour ; elles prennent seulement le matin la forme de coliques, et sont suivies d'abord d'une selle très-liquide et séreuse, et un peu plus tard, d'une selle fécale et consistante. Le malade s'en inquiète peu ; il continue son régime alimentaire, ses courses à cheval, la chasse, la pêche, et ne me parle enfin de son état qu'au mois de mai 1832.

Exploré le matin, je le trouvai dans l'état suivant : langue large, mais concave, rugueuse ; papilles rouges et développées à la pointe ; enduit jaunâtre et très-épais vers la base ; diminution de l'appétit ; la pression du ventre rend les régions épigastrique et duodénale douloureuses ; les douleurs paraissent au malade sourdes et vagues ; mais lorsqu'on presse la fosse iliaque gauche et les environs de l'ombilic du côté gauche, elles deviennent précises et assez vives pour faire soupçonner qu'outre l'entérite, il existe aussi des péritonites partielles. Cependant les circonvolutions intestinales ne sont pas plus saillantes vis-à-vis les points douloureux que partout ailleurs. Les selles sont, comme nous l'avons dit plus haut, au nombre de deux le matin ; l'une séreuse et l'autre consistante. Le pouls est large, plein, très-rare ; la peau n'est ni sèche ni à une température trop élevée ; l'apyrexie paraît complète ; les urines sont naturelles ; la poitrine et le cerveau sains ; le malade paraît conserver toutes ses forces ; il continue à se livrer à ses occupations ordinaires ; mais il a maigri d'une manière progressive, quoiqu'il n'ait encore rien retranché de son régime habituel.

Je proposai le traitement suivant :

Application immédiate de vingt-cinq à trente sangsues distribuées sur les points douloureux de l'abdomen ; cataplasmes émolliens ; lavemens mucilagineux avec pavot, en petite quantité à la fois ; eau pure pour boisson, ou légèrement édulcorée avec le sirop de gomme ; lait associé aux fécules pour toute nourriture, à petites doses à la fois et à des intervalles réglés ; la diarrhée du matin cesse ; dès le même jour, les douleurs sont considérablement diminuées. Les jours suivans, on poursuit les douleurs par des saignées locales réitérées ; des sangsues sont appliquées aussi à la marge de l'anus ; les douleurs épigastriques et duodénales disparaissent, mais il reste une sensibilité obtuse à la fosse iliaque gauche. Nous pensâmes que le régime ci-dessus indiqué suffirait pour obtenir un succès complet, nous proposant néanmoins de revenir de temps en temps aux saignées hypo-

gastriques et anales. L'usage des boissons émollientes et des lavemens mucilagineux fut continué, moins le pavot, parce qu'il échauffait la peau, accélérait la circulation, interrompait le sommeil et le rendait laborieux. (Ces phénomènes, qui se reproduisent assez souvent, ont été bien constatés sur notre malade.) Cependant l'appétit ne tarda pas à paraître avec toute sa vivacité; les forces, qui avaient diminué par la soustraction subite et réitérée des matériaux, reprennent promptement toute leur énergie. Le malade retourne aussitôt à ses occupations habituelles; l'embonpoint renait ainsi que le coloris habituel. M. L.... ajoute insensiblement à son régime quelques légumes, quelques potages gras et du poisson. Il n'en résulte aucun inconvénient; le ventre n'était plus sensible que dans les secousses fortes; la selle liquide du matin avait disparu depuis quelque temps; le malade semblait toucher à un état voisin de sa santé habituelle, lorsqu'il se rendit à une invitation d'un déjeûner en ville. C'était au mois de janvier dernier.

M. L... se livra à son appétit avec un malheureux abandon. Il mangea de grosses huitres très-charnues en grande quantité, des viandes fortes; but du vin de Bordeaux et de la liqueur..... Le résultat d'un tel excès ne fut ni tardif, ni douteux. La digestion fut longue et pénible; dès le soir même, la peau fut couverte d'ampoules et de plaques rouges accompagnées d'une vive démangeaison; la fièvre s'alluma pendant la nuit, et M. L... fut tourmenté par de vives coliques suivies d'une diarrhée de sept à huit selles liquides. Le lendemain, fièvre continue, perte de l'appétit, retour de l'enduit jaune et de l'aspect rugueux de la langue; continuation de la diarrhée, sensibilité à l'épigastre, au duodénum; douleur vive à l'hypogastre avec un peu d'intumescence; sangsues à la région gastro-hépatique, à l'hypogastre et à l'anus, réitérées plusieurs fois; cataplasmes, lavemens, quelques demi-bains, diète absolue. — Les douleurs cessent ainsi que la diarrhée; l'appétit revient et la langue se nétoie. Mais le malade a perdu, dans quelques jours, tout ce qu'il avait gagné d'embonpoint dans l'espace de plusieurs mois. Les selles sont réduites, comme ci-devant, à deux le matin, l'une séreuse, l'autre consistante: le ventre reste sensible aux secousses et à la pression.

Cependant, le malade conserve de la force musculaire, de l'énergie morale surtout, et il reprend ses occupations, reprend l'usage du lait et des fécules pour toute nourriture. Ce régime le ramène à un état meilleur: il convient lui-même que, toutes les fois qu'il y revient, il s'en trouve bien. Cependant, sa maigreur le tourmente, et il a une grande tendance à la rapporter à la privation d'une nourriture plus substantielle. Il faut donc lui permettre quelques potages gras, du poisson, un peu de volaille; mais il n'en reste pas moins stationnaire sous le rapport de la maigreur, qui, sans être excessive, commence à devenir remarquable et inquiétante. Sur ces entrefaites, M. L... fait un voyage à cheval par un temps pluvieux... Nous avons remarqué déjà que les secousses fortes retentissaient douloureusement dans l'abdomen. Nous ajouterons que M. L... a la peau très-sensible, très-sympathisante avec les surfaces muqueuses, gastro-intestinales, et très-promptement influencée par l'humidité; nous sommes persuadé avoir reconnu plusieurs fois les petites recrudescences de l'irritation gastrique à la seule sensibilité de la peau, qui parfois a été portée à un tel degré, qu'il était impossible de presser un point quelconque de la surface sans exciter la plus vive douleur. Nous n'avons pas moins bien constaté l'influence de l'irritation cutanée sur les irritations viscérales de notre malade. A l'époque citée, il était couvert de furoncles, et l'humidité atmosphérique était dominante.

Dès le soir même du voyage dont nous venons de parler, le ventre fut plus douloureux. Il y eut trois ou quatre selles liquides et de la fièvre pendant la nuit; un jour de diète absolue ramena le calme et remit le malade au point où il en était auparavant.

Cependant, nous devons faire remarquer l'aptitude croissante aux rechutes, et une tendance plus prompte et plus marquée à la maigreur, lors de chaque rechute. Cette fois, nous avons répugné aux évacuations sanguines, à cause de l'opiniâtreté du mal de la perte croissante des forces, pensant que le temps, un régime régulier et sévère sous le rapport du choix des alimens, pouvaient seuls désormais en triompher.

Le malade revient avec résignation au lait et aux fécules avec promesse de ne sortir de ce régime que lorsque les signes d'une guérison prochaine ne seront plus douteux. Mais l'appétit devient excessif; le malade est souvent forcé d'intervertir les heures, et surtout de dépasser les doses. Il arrive, par des transitions trop brusques, à des quantités trop considérables, telles qu'une assiette et demie de bouillie très-épaisse, et souvent même il prend du lait par-dessus. C'est ainsi qu'après avoir resté quelque temps assez bien, et sans autre cause appréciable, il fut subitement atteint, le 1er mai dernier, d'une rechute accompagnée des circonstances les plus alarmantes.

Tout à coup et pendant la nuit, coliques vives, envies fréquentes d'aller à la garde-robe; bientôt, dix à quinze selles, et autant le lendemain matin. Je suis appelé de bonne heure, et je vois des selles purulentes sans mélange, l'aspect et l'odeur ne me laissent aucun doute. Le ventre est douloureux, la peau froide, le pouls imperceptible, la face est décomposée, et, dans quelques heures, le malade a maigri d'une manière effrayante. Cependant, la force musculaire permet encore au malade de se lever pour se mettre sur son pot de nuit et d'aller même aux lieux d'aisance. La diète absolue pendant un jour, les cataplasmes émolliens les lavemens d'eau de riz gommée et l'eau de gomme pour boisson, dissipent la douleur et le ténesme; les selles diminuent de fréquence; elles deviennent de moins en moins abondantes; enfin, elles cessent d'être purulentes et prennent l'aspect bilieux.

Le malade rapporte cette crise à l'usage du lait pris froid, ainsi que les fécules.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru qu'elle était due au volume et au poids de la dose alimentaire, et nous n'avons recommencé l'alimentation qu'en tâtonnant. D'abord, une ou deux cuillerées de fécule de pommes de terre cuite à l'eau toutes les 3 ou 4 heures peu à peu, nous avons augmenté, mais par une graduation rigoureuse. Dans ce moment, nous sommes à une once et demie de fécule mêlée: savoir, un tiers de maïs et deux tiers de pommes de terre. Le malade la prépare lui-même, et en fait quatre tasses de

bouillie un peu filante : il en prend une toutes les 4 heures.

Voici quel est son état actuel :

La maigreur ne peut guère aller plus loin ; les orbites sont creux ; les apophyses zigomatiques très-saillantes ; les tempes et les fosses sous-orbitaires très-profondes ; les rides faciales très-prononcées. Le squelette entier se dessine sous la peau. Cependant l'œil est bon, le teint, un peu jaunâtre le matin, s'anime dans la journée, quoique la peau reste toujours un peu terreuse; le sommeil est long et très-calme ; la peau est fraîche, douce et assez lâche ; le pouls est très-rare, uniforme, assez développé, mais faible ; les muscles sont encore prononcés aux membres ; l'appétit est vif ; le malade craint de ne pouvoir pas résister à son empire. La langue est un peu fardée le matin ; elle se dépouille pendant le jour ; elle est légèrement rosée, molle, humide. Le ventre est très-plat, toujours un peu sensible aux secousses, un peu douloureux à la pression. La constipation est opiniâtre depuis le commencement du mois. Les urines sont faciles et très-abondantes. La poitrine est bonne, le moral excellent, et le malade se lève à huit heures du matin, et ne se couche qu'à huit heures du soir, après avoir beaucoup promené pendant la journée. Telle est l'histoire du malade, autant qu'il m'a été possible de la comprendre et de l'étudier L'art de décrire y manque, mais j'ai tâché d'être exact.

Peut-on substituer avec prudence un autre régime à celui dont le malade fait usage ?

Que pensez-vous, monsieur le professeur, des révulsifs, tels que le séton, la pommade stibiée, le bain monté à une température de plus en plus élevée ?

Pour mon compte, j'ai observé du bien et du mal des révulsifs dans les gastro-entérites, et je suis encore loin d'avoir une opinion arrêtée à cet égard ; la vôtre, monsieur le professeur, aura la plus grande influence pour le cas qui nous occupe, comme pour l'avenir de ma pratique.

Puis-je vous demander encore ce que vous pensez des fruits de la saison, et plus tard de l'usage du melon?

Comme la constipation commence à inquiéter le malade, que pourrait-on attendre de moyens spéciaux, et que convient-il de faire ?

Je vous demande pardon, monsieur, de la liberté que je prends en vous faisant ces questions ; mais le malade m'y ramène sans cesse, et il sera doublement satisfait, si à votre consultation vous daignez ajouter des réponses spéciales. Du reste, il est plein de docilité, et pénétré, ainsi que moi, de la plus haute confiance en votre profond savoir.

Exudeuil, le 24 mai 1833.

Réponse de M. Broussais au Mémoire à consulter, de M. le docteur Germignac, relativement à la maladie de M. Latrouche père.

Les conseils que nous avons donnés à notre honoré confrère, M. Germignac, avaient pour objet essentiel de faire observer à son malade l'abstinence la plus complète durant quelques jours, et de le soumettre ensuite à un régime léger et très-sévère. Nous l'engageâmes aussi à supprimer complétement l'emploi des boissons acides et à proscrire l'usage habituel des fruits, surtout de ceux qui sont acerbes et peu fondans, parce qu'ils ne pouvaient qu'aggraver l'état de maladie de M. L... vu l'extrême irritabilité de ses organes digestifs, ce dont il avait donné de fréquentes preuves à chacune de ses rechutes ; prenant aussi en considération la sensibilité exquise du système cutané du malade, nous avons conseillé au docteur Germignac de renoncer complétement à l'application de tout révulsif, et de tout irritant à la peau qui, par leur retentissement à l'intérieur, ne pouvaient qu'accroître la phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale (1); en conséquence, nous avons proposé la continuation des bains tièdes, qu'on a rendus émolliens et opiacés au moyen d'une décoction de guimauve et de têtes de pavots.

La maigreur du malade ne nous a point effrayé, parce qu'elle nous a paru dépendre, moins d'une altération organique du tube digestif, que d'une aberration de ses fonctions, causée par l'irritation chronique de la membrane muqueuse.

C'est pour cette raison que nous avons cru devoir insister sur le régime sévère, parce que nous avions la conviction que le salut du malade en dépendait entièrement.

En effet, dans tous les cas de cette nature, l'observation nous a constamment démontré que la phlegmasie tend sans cesse vers la guérison, et que l'irritation finit par être domptée, lorsque le malade est assez docile pour joindre à l'emploi des antiphlogistiques convenablement dirigés, une abstinence aussi sévère et aussi long-temps prolongée, qu'il lui est possible de la supporter. Néanmoins, nous ne disconvenons pas qu'il est des circonstances où le médecin physiologiste doit se départir de cette extrême sévérité, et satisfaire en partie la faim qui tourmente le malade. Les cas de cette nature se présentent surtout à la suite des inflammations aiguës qui, après avoir été vigoureusement combattues par les saignées locales et générales, sont accompagnées tout-à-fait à leur déclin d'une faim vorace qui tourmente cruellement les malades. L'abstinence, poussée trop loin, pourrait alors produire des irritations secondaires, dont les résultats funestes ne feraient qu'empirer l'état du malade ; mais ce moment d'élection, déjà assez difficile à saisir, lorsqu'on voit habituellement le malade, est plus difficile encore à indiquer dans une consultation, parce qu'on ne peut préciser cet instant de choix que d'une manière approximative. L'expérience nous a prouvé que l'emploi d'une faible dose d'alimens très-légers prévient parfois un état de névropathie des organes de la digestion, qui se reproduirait aussitôt dans tous les autres systèmes organiques.

Le médecin physiologiste, habitué à bien observer les différentes phases de l'inflammation, peut seul se rendre un compte exact de cette disposition particulière, que présentent certains malades, et peut seul aussi, dans de semblables circonstances, indiquer, avec précision l'instant favorable, où l'on doit faire le premier essai d'une petite quantité d'alimens.

(1) L'application des révulsifs sur la peau ne nous paraît utile que chez les individus qui ne sont point disposés à un état de névropathie par suite de l'irritation des papilles cutanées, et surtout chez ceux qui, par prédisposition dartreuse, présentent une aptitude remarquable aux sécrétions croûteuses ou séro-purulentes de l'enveloppe tégumentaire.

RÉSULTATS OBTENUS

Par suite de la consultation adressée à M. BROUSSAIS *pour M.* LATROUCHE père.

A l'époque où je présentai à M. le professeur Broussais un mémoire pour M. Latrouche, la situation de ce malade était encore très-alarmante. Depuis long-temps, il est vrai, on ne voyait plus de pus dans les selles, et la diarrhée séreuse avait disparu ; les douleurs péritonéales avaient beaucoup diminué, la peau n'était plus aussi sensible, le malade se promenait, mais plutôt par l'influence de sa grande énergie morale que par sa puissance musculaire ; une constipation opiniâtre avait succédé à la diarrhée ; la langue était encore rugueuse et jaune à la base ; l'appétit était intolérable et cependant le malade ne pouvait supporter que 2 ou 3 gros de fécule par jour préparés à l'eau et divisés en quatre petits repas, ce qui constituait évidemment un appétit morbide. Des douleurs sourdes se faisaient encore sentir dans l'appareil gastro-intestinal ; l'extérieur était squelettique, et le poids du corps qui avait été de 140 livres était descendu à 75. Tout cela annonçait que le foyer inflammatoire et désorganisateur n'était pas encore entièrement éteint. Les faibles ressources qui restaient encore devaient faire craindre qu'elles ne fusseut plus suffisantes pour conduire la vie jusqu'à la condition organique nécessaire à une convalescence franche et soutenue. Le souvenir de rechutes fréquentes arrivées sans causes extérieures bien appréciables et sous l'influence du régime le plus doux et le plus exigu, semblait signaler quelque désorganisation irréparable.

Le moral aussi, qui depuis long-temps avait paru s'accroître de toute la perte des ressources physiques, commençait à s'ébranler, et pour la première fois le malade paraissait douter des moyens de salut. L'ordonnance de M. le professeur vint le retremper et le ramener à l'espérance.

Ici je dois rendre à M. Latrouche toute la justice qui lui est due, et lui offrir mes remercimens. Il fut toujours sourd aux préjugés populaires et aux conseils de la rue. Cependant tout cela ne laisse pas que de donner du malaise aux malades, et dans cette circonstance comme dans toutes celles qui sont difficiles, je devais sentir le besoin d'un grand appui. Notre attente ne pouvait être trompée, aussi trouvâmes-nous dans les conseils d'un grand maître tout ce qu'il fallait pour éclairer nos vues, fortifier la confiance et donner des consolations.

Bientôt après nous pûmes augmenter la dose de fécule, et lui associer le bouillon selon l'ordre de M. le professeur. Nous essayâmes ensuite le veau et le poulet bouillis. Tout cela fut successif et mesuré à propos, puisque tout fut digéré avec calme et profit, et qu'il n'y a plus eu de rechûtes.

Nous évitâmes les végétaux herbacés à causes des acides qu'ils développent, et du gros résidu qu'ils laissent souvent dans le gros intestin. Les révulsifs et la moutarde blanche, dont l'emploi aurait pu être insinué du dehors, furent proscrits.

L'ordonnance indiquait les bains opiacés contre la sensibilité de la peau et l'état névropathique. Mais ces phénomènes n'existant plus, nous ne trouvâmes plus la nécessité de leur emploi. Je ferai même observer, que les bains ordinaires que j'avais conseillés de temps en temps ne répondirent jamais à notre attente, quoique leur température nous eût paru convenablement réglée.

Nous avons, selon, les conseils du maître, repoussé en général l'usage du fruit. Cependant, le malade ayant fait pendant quelques jours un heureux essai des poires fondantes et du melon, dès-lors il en fit un abondant usage ; il s'en est bien trouvé, et je crois que ces espèces ont beaucoup contribué à régler les selles et à ramener leur consistance à l'état normal.

Dans les gastro-entérites chroniques, il faut être initié à toutes les nuances pour apprécier certains signes d'un retour lent à la santé. C'était ici le cas ; la convalescence de M. Latrouche ne s'est manifestée d'abord que par des améliorations peu sensibles. L'affaissement des papilles linguales; une plus grande mollesse et une couleur plus uniforme de la langue, une moindre intensité dans l'odeur gastrique ont donné le premier signe du mouvement rétrograde ; puis, les alimens commencent à apaiser un peu ce désir insatiable de manger, qu'on appelle faim boulimique ; la pression de l'abdomen devient moins incommode ; les douleurs spontanées disparaissent; la peau commence à se décoler. Tout cela devient de plus en plus évident ; enfin, les saillies osseuses sont moins prononcées; une excrétion abondante de matières fécales, dures et globuleuses, a lieu spontanément ; les selles se rapprochent et se régularisent ; le coloris revient, et le tissu cellulaire se remplit ensuite avec une promptitude étonnante. Telles sont les phases que M. Latrouche vient de parcourir successivement pour arriver à un état qui permet d'espérer à son entier rétablissement. Ses fonctions sont régulières; son appétit excellent, et il se livre avec ardeur et sans inconvénient à toutes les occupations qui lui étaient habituelles. Il pèse dans ce moment 125 livres.

Cette observation est assurément bien consolante, et néanmoins elle fait naître un sentiment pénible, celui de ne rencontrer que très-rarement chez d'autres malades les conditions qui se sont trouvées réunies chez celui-ci.

En effet, M. Latrouche avait beaucoup de confiance, condition première et de plus essentielles. Celle-là préserve des conseils qui arrivent de toutes parts, du salon comme du carrefour, et qui le plus souvent sont tout aussi funestes les uns que les autres, surtout dans un pays de coterie, où la médecine *restaurante* est en grande faveur.

Du reste, grande résignation, aptitude extraordinaire à saisir le raisonnement et à en faire de justes applications, s'écoutant avec intelligence et raisonnant parfaitement ses sensations. D'une sévérité rare dans le régime ; il a pesé ses alimens depuis un gros jusqu'à trente-deux onces. Il a eu le courage inouï et constant de résister à un appétit intolérable, même à l'aspect d'une table bien servie et a continué à être d'une grande activité, s'occupant sans cesse à l'extérieur ou au dedans.

Je le dis avec conviction, d'après le peu que j'ai vu, je crois que M. Latrouche a beaucoup fait pour sa guérison et je suis convaincu que beaucoup de malades, atteints au même degré, parviendraient à un résultat aussi heureux, s'ils avaient la même trempe de caractère, et la même foi dans l'abstinence et la sobriété. Il me reste à vous parler, monsieur, de son fils qui est gravement malade, et pour qui je

réclame le secours de vos lumières. Je sais bien que j'ai été diffus dans le long et minutieux exposé que je viens de vous faire, mais j'espère beaucoup de l'indulgence de M. le professeur.

F. GERMIGNAC, docteur-médecin.

Consultation adressée à M. Broussais pour M. Latrouche fils.

1° M. Latrouche fils est un enfant âgé de dix ans, issu d'une famille lymphatique, comme je le disais en parlant de M. son père. Il ne réunit cependant pas les attributs extérieurs des constitutions dites *strumeuses* ou rachitiques. Il est brun-châtain; grand selon son âge. Il était régulièrement développé avant l'affection dont il est atteint depuis quelque temps. Il a la peau blanche, fine et rosée; il porte une jolie figure, et donne des preuves d'une intelligence très-précoce.

Sa première enfance avait fait espérer une constitution forte; elle ne fut traversée que par les maladies qui lui sont pour ainsi dire inhérentes. Il a eu la rougeole d'abord, puis le croup à deux reprises différentes. Il s'était toujours bien porté depuis, il était gras et fleuri, lorsqu'il y a environ quatre ans, il fut atteint d'une gastro-entérite aiguë avec une ophthalmie à l'œil gauche.

L'inflammation de la muqueuse oculaire paraissait si intimement liée à celle du tube digestif, que nous connaissions à l'œil l'invasion des paroxysmes. Ce surcroît d'inflammation s'annonçait par une rougeur intense et un gonflement remarquable, qui diminuaient dans les mêmes proportions à la chute du redoublement. Je n'ignore point que cela arrive très-souvent ainsi, mais je n'ai rien vu de si frappant. Quoi qu'il en soit, la gastro-entérite, traitée par les saignées locales, les boissons mucilagineuses, les applications émollientes, et la diète absolue, céda complétement au bout de trois semaines.

Le même traitement fut dirigé en même temps sur l'œil, mais avec moins de succès; l'ophthalmie diminua d'intensité, mais elle devint chronique, et se montra rebelle au traitement que je dirigeai contre elle.

Pendant le cours de cette inflammation, survinrent des ganglionites sous-maxillaires, dont plusieurs ont suppuré, et une éruption au cuir chevelu, que l'on peut rapporter à la teigne granulée.

L'ophthalmie a été attaquée vigoureusement par les antiphlogistiques, et ces moyens l'ont toujours très-heureusement modifiée. Cependant, il fallait bien recourir à d'autres moyens, que l'expérience aussi semble avoir consacrés, tels que vésicatoires, cautères, séton à la nuque, collyres secs, ou liquides, et pommades dans lesquelles entre le deutoxide de mercure. De tout cela, je n'ai rien observé qui fût décidément avantageux.

Durant l'action de quelques-uns de ces moyens, qui sont considérés comme les plus rationnels, l'inflammation a offert des recrudescences violentes. Je puis affirmer qu'à plusieurs reprises j'ai vu l'œil presqu'entièrement couvert d'une fausse membrane, et que je l'ai toujours nettoyé en appliquant des sangsues pendant trois ou quatre jours de suite. Ce n'est qu'avec cette persévérance dans l'emploi des antiphlogistiques que nous avons vaincu la chronicité. Depuis long-temps cet œil est revenu à son état normal.

Les ganglionites ont été traitées aussi avec assez de hardiesse par les sangsues. Les unes ont cédé, mais les autres ont suppuré malgré tous mes efforts. Du reste, il n'est plus rien resté de remarquable sur l'appareil glanduleux externe.

Quant à l'éruption du cuir chevelu, je l'ai traitée tout simplement par les soins de propreté, les cataplasmes émolliens dans la période aiguë, et par le cérat, légèrement soufré, pendant la période indolente. Les cheveux n'ont nullement souffert, et tout cela se borne aujourd'hui à quelques croûtes légères, qui paraissent et s'effacent sans aucun soin particulier.

Voilà pour l'extérieur; mais pendant le cours de toutes ces sub-inflammations, l'appareil digestif de notre petit malade devenait plus irritable. Nous avons vu de temps en temps la langue devenir rouge, pointue, sèche au milieu; l'épigastre manifester de la sensibilité à la pression. Cet état a toujours été promptement combattu par les sangsues et par quelques jours de régime, souvent par le régime seul. Mais les récidives ont été fréquentes, à un tel point, que je me suis vu forcé de les attribuer à l'usage des alimens gras. C'est pourquoi, depuis long-temps, je me suis cru obligé de prescrire le régime féculent, lacté et végétal, et de ne permettre les viandes blanches que dans le cas où le malade ne présenterait aucun signe d'irritation viscérale.

Ces irritations gastriques légères, mais successives, ont réagi sur les organes parenchymateux abdominaux; le ventre s'est élevé, et les hypocondres sont devenus douloureux. Les sangsues, les cataplasmes et les demi-bains ont souvent modifié tous les phénomènes, mais ils n'en persistent pas moins.

Cependant, il y a environ six mois que le petit malade allait assez bien, à la grosseur du ventre près. Il avait peu perdu de son embonpoint; il était frais, avait l'appétit bon et de la force, puisqu'il allait au collége, qui est à une distance assez éloignée de sa demeure, lorsque tout-à-coup on s'aperçoit qu'il traîne la jambe droite et marche de côté. L'enfant rapportait cet accident à la douleur de l'hypocondre droit. Cependant, cette région était à peine sensible à la pression.

Quelques jours plus tard, madame Latrouche observa une bosse entre les deux épaules; dès-lors, la difficulté de la marche me fut suffisamment expliquée.

Je trouvai une déviation angulaire, et en avant de la colonne vertébrale, vis-à-vis la cinquième et la sixième vertèbre. Ce lieu, se trouvant éloigné des renflemens cervical et lombaire, explique pourquoi il n'y a pas eu d'autres accidens. Là, et tout autour des apophyses épineuses, la pression causait de la douleur. Il n'y avait aucun changement de couleur à la peau; il me fut impossible d'obtenir des renseignemens précis sur les circonstances et les phénomènes qui auraient pu m'indiquer la date de cette affection. Quoi qu'il en soit, je la rapportai à une carie vertébrale, et à la compression de la moelle épinière.

J'ai appliqué plusieurs fois les sangsues; ce moyen enleva la douleur, diminua un peu la tumeur, et parut donner un peu plus de jeu au membre engourdi. Plus tard deux larges cautères ont été appliqués vis à-vis la tumeur et dans les

gouttières vertébrales. Depuis, le fils de M. L.... paraît un peu mieux, son membre droit est plus sensible, il possède de la chaleur naturelle, et permet au malade de descendre au jardin et de se promener un peu sans appui. Il n'y a jamais eu de douleur ni de convulsion dans le membre paralysé.

Le ventre est toujours gros, douloureux à la pression vers la région hépatique et à celle de la rate; il y a beaucoup de gaz dans l'intestin. Je n'ai pu constater l'état des ganglions mésentériques; les selles sont régulières; l'appétit bon; la langue un peu lie de vin; le teint naturel, et l'enfant n'est pas trop maigre.

Que faut-il faire, monsieur le professeur? Voilà où j'en suis; car je n'ai point osé aborder les anti-scrofuleux, moyens tant vantés, mais qui parviennent rarement à leur adresse.

Je sais que le régime tonique et excitant produit quelquefois d'heureuses révulsions, en donnant de la prépondérance aux systèmes organiques qui languissent, mais l'état de l'appareil digestif m'arrête.

Quant à l'affection vertébrale, je n'ose me hasarder à faire l'essai des moyens électriques, ni du *strichnox nux vomica*.

J'avais oublié de dire que le pouls est toujours fréquent, et que depuis quelques jours l'enfant éprouve des palpitations fort incommodes.

Cependant la respiration n'offre rien de particulier.

Avant l'affection vertébrale, j'avais observé aussi des palpitations, et j'avais acquis la certitude qu'elles étaient sous l'influence de l'irritation gastrique.

La faiblesse des jambes est telle, que malgré que l'enfant marche un peu, sa mère est obligée de le changer de place lorsqu'il est au lit, parce qu'il n'en aurait pas la force. La douleur des côtés est si vive qu'il ne peut se tenir couché que sur le dos, malgré les deux cautères que j'y ai établis depuis sept à huit jours; les glandes des aines sont un peu gorgées du côté le plus malade. L'enfant était accoutumé à un régime fort, buvait du vin; mais, depuis trois ou quatre ans, c'est-à-dire depuis sa première gastrite, le vin lui a été entièrement supprimé, et depuis lors il est toujours resté à un régime laiteux, herbacé et féculant.

F. GERMIGNAC, docteur-médecin.

Réponse de M. BROUSSAIS *à la consultation que lui a adressée M. le docteur* GERMIGNAC pour M. LATROUCHE fils.

Après avoir pris connaissance du mémoire à consulter rédigé par M. le docteur Germignac, concernant la maladie du jeune Latrouche, je reste persuadé, avec cet honorable confrère, que ce jeune homme est affecté d'un ramollissement du corps des vertèbres dans la région dorsale. Je dois d'abord rendre justice aux vues pleines de sagacité de ce confrère et à la manière prudente avec laquelle il a combattu la disposition scrofuleuse du jeune homme, disposition dont, sans lui, les conséquences auraient été déjà funestes. Si l'on réussit aujourd'hui, comme il y a tout lieu de l'espérer, à guérir l'affection vertébrale, le succès sera la conséquence des bons soins que le malade a reçus de son médecin dans les affections nombreuses et diverses qu'il a éprouvées. pour réussir dans cette dernière lutte, je pense que les sangsues et les exutoires, qui ont déjà été employés, sont encore la principale ressource. Il conviendra donc de détruire, par les petites saignées locales, toute la sensibilité du lieu malade, et cela sans interrompre la suppuration des cautères.

Je ne pense pas que les antiscrofuleux, qui sont des excitans, puissent convenir lorsque le ventre est gros et douloureux à la pression : le régime déjà prescrit et de petites saignées locales, au besoin, me paraissent mieux appropriés; mais, sur ce point, je crois que l'on peut s'en rapporter à la prudence de M. Germignac.

Je crois aussi que ni l'électricité ni la strychnine ne sont appropriées à une phlegmasie chronique, telle que celle qui a ramolli les vertèbres dorsales; les exutoires et les sangsues me paraissent bien préférables.

Quant aux machines à extension et redressement de la colonne vertébrale, comme il ne s'agit pas d'une déviation par défaut général d'ossification, mais d'un point partiel d'irritation inflammatoire, je ne les vois nullement indiquées. Je pense même qu'elles seraient fort nuisibles, si elles n'étaient pas mortelles. Les seules machines qui me semblent indiquées, ce sont des béquilles sur lesquelles le malade s'appuyerait sous les aisselles, toutes les fois qu'il se lèverait et qu'il voudrait marcher. Elles auraient l'avantage de soutenir le torse, et d'empêcher que son poids et celui de la tête et des membres supérieurs n'écrasât les vertèbres ramollies et ne tendît à en augmenter l'affaissement; ce qui hâterait la carie et affecterait définitivement la substance médullaire qui ne me semble pas encore malade.

Il est utile que l'enfant repose sur un lit de crin ou de fougère; car les lits de plume et les matelas favoriseraient la fluxion qui tend à se faire, et entraveraient le travail de consolidation. Au reste, l'exercice convient peu, tant que cette consolidation n'est point achevée : il faudra donc que le jeune malade n'en prenne qu'en s'appuyant sur des béquilles.

L'habitation d'un lieu sec, bien aéré, exposé au soleil du midi, serait une condition avantageuse au succès des moyens indiqués. Les bords d'une rivière, d'un étang, le voisinage des marais, opposeraient de grands obstacles à la guérison; plus le pays que l'on habite est chaud et sec, moins celle-ci offre de difficultés. C'est un principe qu'on ne doigt jamais perdre de vue.

Les succès qui ont été obtenus jusqu'à ce jour dans le traitement de l'affection scrofuleuse, doivent faire espérer la guérison de l'affection vertébrale actuelle qui sera probablement le dernier effet de cette fâcheuse disposition, car le malade approche de l'époque de la puberté qui est ordinairement celle où la nature met fin aux infirmités attachées à la constitution strumeuse.

Paris, le 10 mai 1833.

BROUSSAIS.

BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE,

PUBLIÉE A GÉNÈVE

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

FÉVRIER 1834.

OBSERVATIONS PRATIQUES

par le docteur CROSERIO.

—

(SECOND ARTICLE.)

VOMISSEMENS CHRONIQUES.

Mlle L..r, à Clichy, âgée de 37 ans, brune, yeux noirs, constitution sanguino-bilieuse, a eu beaucoup d'éruptions croûteuses dans son enfance, réglée à 16 ans, toujours bien jusqu'à l'époque de la maladie actuelle. Il y a 18 mois, elle a eu une affection grave de l'estomac, pour laquelle elle a consulté inutilement un grand nombre de médecins de la capitale.

Le 24 mars. Elle offre les symptômes suivans : Elancement et piqûres dans le creux de l'estomac, sous le sein gauche et l'hypocondre droit en montant sous la poitrine; fatigue autour de la taille après avoir mangé; elle souffre beaucoup en se levant de son siége; sans appétit, mais quand elle commence à manger, elle le fait avec avidité, et ne peut pas se modérer; après avoir mangé, elle est très-fatiguée, les alimens lui pèsent, il lui vient de l'eau aigre dans la bouche, avec des envies de vomir, ensuite des vomissemens de bile aigre ou des alimens, surtout des viandes; le simple mouvement des bras détermine un brûlement dans l'estomac, et les vomissemens; elle a toujours dans la gorge un goût de sang pourri, comme d'un abcès; au côté droit du cou, un gonflement qui devient rouge parfois et se couvre de petits boutons blancs; langue épaisse, blanche; le derrière de la tête douloureux comme si on l'arrachait; des étourdissemens aussitôt qu'elle se baisse ou s'applique à des travaux d'aiguille; saignemens du nez, le sang est rouge; douleur autour du bas-ventre; constipation, parfois diarrhée; règles peu abondantes; faiblesse pendant les règles; elle est comme imbécille, et a souvent un sentiment de paralysie dans tous les membres; fleurs blanches; en montant, elle est de suite essoufflée; en dedans et au haut des cuisses, rougeur comme si elle s'était écorchée, qui démange beaucoup, surtout par la chaleur du lit, du travail assis, avec suintement; elle a eu souvent des clous; elle a éprouvé beaucoup de chagrins; désespoir de guérison. *Pulsatille* $\frac{00}{IV}$.

Le 2 avril. Dès le jour de la prise, elle n'a plus vomi, sans avoir éprouvé l'aggravation homœopathique; la dartre des cuisses, qui dure depuis 15 ans, a disparu; le ventre et l'estomac vont mieux; la malade est gaie, contente, pleine d'espérance; je laisse agir le remède.

Le 12. Depuis deux jours elle éprouve quelque aigreur; aussitôt qu'elle travaille, elle se sent l'estomac comme bouché; fatigue dans les bras et le dos en se redressant; feu qui se porte à la poitrine et à la gorge; poids sur l'estomac après les repas; mal au ventre comme engourdissement, fourmillement; tiraillement dans les mollets en marchant, et la nuit crampes; douleur dans les ventre, au-dessus du pubis; les grandes lèvres un peu enflées; fleurs blanches. *Calcarea* $\frac{00}{X}$.

Le 25. La dartre avait reparu, dans la dernière semaine, pour disparaître quelque temps après, ainsi que les autres symptômes morbides successivement. La malade a repris ses travaux. Depuis ce temps, elle a toujours joui d'une bonne santé.

Gastrite chronique.

M. V...s, âgé de 28 ans, bien constitué, grand, bien nourri, cheveux châtains, yeux bleus, sujet depuis son

enfance aux indigestions, n'a jamais eu la gale, ni de maladies éruptives. Depuis l'époque du choléra de l'année dernière, où il s'est gorgé de thé de camomille et autres substances excitantes, il éprouve une grande difficulté à digérer.

Au mois de janvier dernier, après un voyage, cette indisposition prit un caractère aigu; allopathe encore, je lui fis appliquer trente sangsues sur l'épigastre, et tous les autres succédanés qui composent le traitement antiphlogistique; il fut bientôt débarrassé de l'état aigu pour retomber dans le chronique habituel.

Le 10 mars, voyant son état persévérer, malgré l'imperfection de mon éducation homœopathique, j'entrepris son traitement d'après cette doctrine; son état était le suivant:

Paupières chassieuses; poids très-incommode sur l'estomac après les repas; avant les repas légère pression en même temps que la faim; le poids paraît monter vers la poitrine qu'il oppresse; les alimens reviennent à la bouche, surtout l'après-midi; très-forte constipation; selle tous les six jours, consistant dans des crottes rendues avec beaucoup d'efforts; boutons autour des lèvres; appétit vif sans soif; bouche un peu pâteuse le matin; très-sensible au froid; calme, tranquille; méthodique; parlant très-lentement. *Nux* $\frac{00}{X}$.

Le 15. Évidemment ce médicament ne convenait pas à l'humeur du malade; aussi n'a-t-il fait aucun bien. Douleurs d'estomac; un peu plus de malaise. *China* $\frac{000}{V}$.

Le 17. Ce médicament a aussi été sans résultat; le premier jour, il y eu un peu de soulagement. *Pulsatille.*

Le 20. Le malade ne trouvant pas de soulagement, part pour la campagne.

Le 23 juillet, il revient me voir pour être débarrassé de son indisposition, ayant eu connaissance d'heureux résultats du traitement homœopathique dans des maladies semblables à la sienne. Son état était le suivant:

Boutons qui suppurent autour des lèvres; poids dans l'estomac dès le matin et après les repas, plus fort le soir après le dîner; s'il mange à son appétit, poids comme s'il avait mangé du plomb; les renvois le soulagent; bon appétit, soif nulle, selles régulières; pupilles contractées; quand il dîne copieusement, ses yeux sont rouges le lendemain; continence absolue sans efforts; voix gazée, qui disparaît presque entièrement lorsqu'il est intimidé; sommeil bon; caractère doux, timide, triste, aimant la solitude et la musique. *Aconit.* $\frac{0000}{VIII}$, le matin à jeun.

Le 26, il est beaucoup mieux, le poids de l'estomac est souvent imperceptible. *Bellad.* $\frac{000}{X}$, demain matin.

Le 1er août, le médicament n'a pas produit d'effet sensible. *Bellad.* $\frac{0000}{X}$.

Le 6, après cette dernière poudre, les digestions se sont faites de jour en jour mieux, et il se trouve actuellement très-bien; depuis ce temps, cet état ne s'est pas démenti.

Douleurs soit crampes d'estomac.

Mlle D...n, 20 ans, brune, yeux et cheveux noirs, vive, impatiente, n'a jamais eu de croûtes, ni de maladies éruptives, bien réglée depuis deux ans. Elle éprouve depuis plusieurs années des maux d'estomac qui ont été combattus inutilement à différentes reprises par les moyens ordinaires.

Le 1er juin, elle offrait l'état suivant: Crampes d'estomac, souvent dans la journée, surtout après les repas; douleur brûlante, continuelle dans l'estomac; soif, appétit régulier; désir des acides; forts borborygmes; constipation; maux de tête très-fréquens au front; vertiges quand elle se lève dessus son lit; sujette aux maux de gorge, au moindre refroidissement; dents incisives rongées par le tartre et très-sensibles au chaud et au froid; plusieurs dents mollaires cariées; elle fait beaucoup de rêves et parle souvent en dormant; respiration très-douce en dormant. *Nux* $\frac{00}{X}$, dans l'après-midi.

Le 5. Le lendemain les douleurs ont diminué d'une manière très-sensible sans aggravation homœopathique. Aujourd'hui, il ne reste plus de traces de la maladie principale.

La malade ne veut pas entreprendre un traitement antipsorique, que l'état de ses dents semblait rendre nécessaire.

Diarrhée.

Mme M..l, âgée de 26 ans, tempérament sanguin, était atteinte de dévoiement depuis trois jours; son état, le 11 mai, était le suivant:

Diarrhée de matières claires, bilieuses, précédée de coliques très-fortes; elle éprouve des points et des tortillemens dans le ventre; nausées continuelles, vents par en haut et par en bas; borborygmes; bouche pâteuse; soif; les membres lui font mal, ils sont engourdis; mal de tête, comme des coups et des battemens dans les tempes; défaillances, avec perte de connaissance quelquefois après les selles; agitation la nuit et insomnie; son caractère est vif, irritable, emporté. *Bryonia* $\frac{000}{X}$, à midi.

Le 12. Les évacuations se sont arrêtées hier dans l'après-midi; sommeil très-bon la nuit; appétit; bien-être; elle a repris ses occupations.

Lombago.

J.-J. Charpentier, âgé de 39 ans, constitution bilioso-sanguine, atteint de croûtes dans son enfance, de la gale à 16 ans, et à 21 d'une hydrocèle traitée par l'injection.

Le 29 juillet, il est venu me consulter pour un mal de reins qui l'empêchait de travailler depuis trois jours; l'examen le plus attentif ne m'a permis de reconnaître que les symptômes suivans:

Douleur d'élancement dans les lombes, comme d'un abcès s'étendant profondément dans le ventre, les mouvemens sont très-douloureux à ces parties; bouillonnement dans le ventre; pas d'appétit; langue sale, beaucoup de vents en haut et en bas; les douleurs sont continuelles, et dans toutes les attitudes du corps; il a eu beaucoup de clous il y a deux ans; caractère froid, indifférent, apathique, laborieux. *Stannum* $\frac{000}{II}$, à huit heures du soir.

Le 30. Trois heures après la prise, ayant bu du lait chaud, il a eu tout à coup une exaspération violente du mal de reins, il semblait qu'on lui déchirait la moelle épinière; les douleurs de ventre et de reins, d'une violence insupportable, s'étendaient aux parties environnantes avec fièvre; chaleur; soif;

agitation inexprimable ; il n'a pu tenir en place de toute la nuit ; ce matin, les douleurs paraissent un peu moins vives. Considérant cet état comme l'effet homœopathique d'une trop forte dose, je promets un prompt soulagement en suivant exactement le régime.

Le 3 août. Hier dans l'après-midi, les douleurs ont diminué rapidement ; sommeil tranquille toute la nuit ; ce matin il est très-bien ; appétit ; il n'éprouve qu'un peu de faiblesse.

Le 6. Depuis trois jours, il s'est manifesté un gros clou à la hanche, qui a parcouru toutes ses périodes en trois jours ; le malade a suivi encore le régime homœopathique prescrit.

Métrite chez une femme enceinte.

Mme M...n, âgée de trente ans, a eu dans son enfance beaucoup d'éruptions croûteuses ; réglée avec peine à 14 ans, ses règles sont venues irrégulièrement jusqu'à son mariage, à 20 ans. Elle a eu quatre couches à terme, et est enceinte de six mois et demi. Dans ses grossesses, elle a toujours beaucoup souffert de maux de cœur et de douleurs dans l'étendue de l'utérus, pour lesquelles on était obligé de la saigner une ou plusieurs fois à chaque grossesse. Depuis cinq jours, elle avait ressenti un craquement dans l'hypocondre gauche, après un effort ; après quoi elle y ressentit des douleurs violentes, qui ont sans cesse augmenté. Depuis deux jours, il s'y est joint de la fièvre. Le 28 juillet, je l'ai trouvée dans l'état suivant :

Douleur violente, comme un point dans l'hypocondre gauche, qui empêche de respirer ; douleur dans les reins, telle que tous les mouvemens arrachent des cris ; toute l'étendue du ventre est douloureuse au toucher ; douleurs, comme d'efforts pour accoucher, depuis les reins vers les parties génitales ; étourdissemens ; mal violent dans toute la tête, surtout au front ; yeux et visage rouges ; bouche sèche, pâteuse ; soif inextinguible ; langue rouge aux bords, et sale au milieu ; répugnance pour les alimens ; constipation ; urines rouges ; courbature dans les membres ; chaleur brûlante, interrompue par des frissons qui partent des pieds ; insomnie absolue ; pouls plein, dur, fréquent, vif ; humeur triste. *Aconit* $\frac{00}{VIII}$, à midi et à huit heures du soir, avec recommandation de ne pas le prendre pendant le frisson ; diète absolue.

Le 29. Hier à onze heures, frissons violens, avec tremblemens d'une heure, ensuite chaleur ; une heure après la prise, sommeil d'une demi-heure, avec sueur générale qui soulage beaucoup ; à huit heures du soir, nouveau frisson, mais un peu moins fort ; nuit tranquille, plusieurs sommeils d'une heure, beaucoup de sueurs ; le matin, battemens au front ; visage rouge ; langue sale, épaisse ; bouche pâteuse ; estomac faible, délabré ; mal au cœur, envies de vomir ; vomissemens de bile ; la douleur dans le côté gauche est moins forte ; urines très-épaisses ; pouls fréquent moins fort. *Pulsatille* $\frac{00}{X}$, à midi ; soupe au lait.

Le 30. Les douleurs du ventre, des reins et du côté sont passées ; très-peu de fièvre ; bouche pâteuse encore, et langue sale ; besoin de nourriture sans appétit ; une soupe au lait.

Le 31. Même état ; très-grande faiblesse.

Le 1er août. Ne voyant pas l'amélioration continuer, le ventre étant toujours constipé, inappétence, faiblesse. *Camomille* $\frac{000}{IV}$.

Le 2 août. Un peu de mieux ; bouche toujours pâteuse. *Nux* $\frac{00}{VIII}$.

Le 3. Une selle naturelle hier et ce matin ; nuit très-bonne ; appétit ; convalescence. Depuis ce temps, les forces reviennent insensiblement ; trois jours après, elle faisait son ménage ; l'enfant remue bien, et elle est mieux que dans aucune autre grossesse.

Douleurs pendant la grossesse, menace de fausse couche.

Mme C..., enceinte, pour la troisième fois, de sept mois et demi. Après quelques fatigues, elle perdit un peu de sang pendant quelques jours. A cet état se joignit une faiblesse générale ; des maux de reins ; le ventre portait très-en bas vers les parties génitales ; malaises ; pendant cette grossesse, elle avait eu beaucoup de fleurs blanches ; urines claires ; constipation ; sommeil inquiet, interrompu ; humeur irritable, emportée, sensible. *Nux* $\frac{00}{X}$.

Toutes les douleurs diminuent insensiblement. Au bout de huit jours elle était entièrement rétablie, et les fleurs blanches arrêtées. Pendant ce temps, elle avait fait tous les jours une petite promenade à pied.

Hémorrhoïdes chez une accouchée.

Mme G..., âgée de 26 ans, petite, très-délicate, offrant des symptômes de phthisie tuberculeuse. A la suite de sa seconde couche, qui fut assez fatigante, parce que la tête trop grosse, résista très-long-temps à la vulve, elle fut atteinte quelques instans après d'hémorrhoïdes énormes qui lui ôtaient tout repos, et l'empêchaient de se remuer ; son état étant très-bon du reste ; humeur assez difficile ; irritable ; pleurant pour des riens. *Pulsatille* $\frac{00}{VI}$.

L'exaspération a été très-sensible le premier jour, mais dès le lendemain, les hémorrhoïdes ont commencé à diminuer, et elle pouvait déjà se retourner dans son lit ; au bout de cinq jours, il n'y en avait plus vestiges ; la fièvre de lait a été très-peu sensible.

Écoulement de lochies sanguines et de lait chez une accouchée à quatre mois de grossesse.

Mme S..., âgée de 23 ans, blonde, yeux bleus, peau très-blanche et fine ; elle a toujours joui d'une bonne santé dans son enfance ; réglée à 14 ans ; elle devint enceinte à 16, et eut un accouchement prématuré de huit mois ; à 18 ans, nouvelle grossesse et accouchement prématuré ; à 20 ans, grossesse à terme, mais accompagnée de beaucoup de douleurs abdominales ; à 21 ans, nouvelle grossesse et accouchement à terme ; les enfans vivent, quoique très-délicats ; elle se relevait toujours assez facilement de ses couches, mais elle en conservait de la faiblesse ; ses seins commençaient à laisser écouler, au cinquième mois de grossesse, une sérosité laiteuse, qui continuait cinq à six semaines après les couches ; devenue enceinte pour la cin-

quième fois, elle jouit d'une assez bonne santé jusqu'à son quatrième mois, où, à la suite d'un court voyage, les membranes de l'amnios se rompirent, et quelques heures après, la fausse couche eut lieu, sans une trop forte perte de sang; le lendemain elle était très-bien, et aussi forte qu'avant l'accident.

Le deuxième jour, fièvre de lait; fluxion laiteuse considérable; écoulement abondant de lait par les seins; le cinquième jour, elle se lève et vaque à ses affaires; le septième, elle sort; le lait coule toujours; le soir elle se trouve plus fatiguée; les lochies deviennent plus rouges et plus abondantes; elle prend une petite toux sèche, qui augmente beaucoup la nuit; pas d'appétit; malgré cela, le lendemain, elle continue ses occupations; le dixième jour de sa couche, ces accidens devenant inquiétans, elle me fit appeler, et je reconnus, le 14 août, l'état suivant:

Toux sèche, fréquente, très-forte la nuit, empêchant entièrement le sommeil, causée par un chatouillement au milieu du sternum; le grand air, le parler et lire à haute voix excitent la toux; douleurs à l'épigastre, aux deux côtés des rebords des cartilages des fausses côtes, très-violentes, comme si l'estomac s'éclatait, avec étouffemens par intervalles, de quelques secondes, sans renvois; ces douleurs arrachent des cris; les alimens déterminent ces accès; continuellement un poids sur l'estomac, surtout la nuit; pas d'appétit, ni de soif; elle ne peut pas supporter d'être serrée; constipation; la toux détermine une douleur dans l'estomac; très-portée aux plaisirs sexuels; écoulement de lochies sanguinolentes abondantes, sans douleurs; écoulement considérable de lait par les seins; faiblesse générale; ennuyée, triste, disposée à pleurer; elle pleure beaucoup. *Nux vom.* $\frac{0}{X}$.

Le 16. Les crises d'estomac ont cessé; le lait coule moins des seins; les lochies ont diminué, et ne sont plus sanguinolentes; elle éprouve encore la toux sèche et le chatouillement dans la poitrine; inappétence; faiblesse. *China* $\frac{000}{V}$, demain matin.

Le 18. La toux et tous les accidens ont disparu; l'appétit est régulier; elle se sent des forces; son humeur est moins triste; rétablissement complet sans autres médicamens.

(*La suite à un numero prochain.*)

PATHOGÉNÉSIE.

Observations lues par le Dr L. C. Dufresne à la Société médicale à Lyon, dans la séance du 7 septembre.

—

Chers et honorés confrères, permettez-moi de vous donner ce nom, gens de l'art et autres, car ce n'est point devant une Société académique ordinaire, vain assemblage de l'orgueilleuse aristocratie littéraire ou scientifique, que je suis appelé à parler; mais devant une réunion de personnes qui, animées du même esprit, enflammées du même zèle, en butte aux mêmes persécutions, doivent faire cause commune et travailler pour le même but philantrophique, la connaissance, propagation et défense des vérités homœopatiques, le vrai moyen de guérir et de rendre l'homme sain.

Né et passant ma vie dans les montagnes de la Savoie, ayant séjourné long-temps au-delà des Alpes, et employé la plus grande partie de mon temps, par goût et circonstance, à observer la nature, je ne suis point exercé à parler avec la même facilité qu'un Français. Je tâcherai d'être clair et concis, comptant pour le reste sur votre indulgence.

Dès le moment de ma conviction médicale, qui n'a été basée que sur les faits les plus scrupuleusement observés, sur des essais et expériences faites sur moi-même, j'abjurai l'ancienne doctrine pour étudier continuellement la nouvelle et exercer la médecine d'après ses principes, m'abstenant d'agir toutes les fois que mon ignorance me privait des ressources qu'elle fournit à ceux qui la connaissent mieux. Mais bientôt je fus frappé de la parole du créateur de l'homœopathie, qui déclare indigne d'être compté parmi ses disciples celui qui, voulant bien profiter des découvertes des fondateurs, ne travaille pas lui-même à augmenter les moyens thérapeutiques, à connaître mieux l'action de ceux qui ont déjà été indiqués, et à défendre et propager la doctrine.

J'ai cru avoir contracté l'obligation de travailler à cette grande œuvre, et voici quelques points sur lesquels se sont portés mes efforts.

Deux substances nouvelles: le suc de l'*atropa mandragora*, et le venin de la guêpe-frelon, *vespa crabro*. Deux déjà employées, que j'ai désiré faire mieux connaître: le *menianthes trifoliata*, et le *causticum*.

Mandragora officinalis.

(Mandragora officinalis, Mill., Dict. n° 1, icon. t. 173. — Atropa mandragora, Lin. Speci 259. — Lam., Dict. 1, p. 396.—Mandragora officinalis, Gœrtn., Fruct. 2, p. 236, t. 131, f. 1.— D. C. Flor. Tran. vol III, p 610.)

Le suc exprimé au mois de juin de la plante fraîche sans la racine, coupé d'autant d'esprit-de-vin rectifié et filtré, répand une odeur nauséabonde, analogue à celle de la chair de reptile (de couleuvre). Les symptômes observés ont été produits sur un autre expérimentateur et sur moi, pour avoir flairé, à plusieurs reprises, pendant un peu de temps, le flacon contenant ce suc.

Tête pesante, embarrassée; coryza; difficulté de respirer; enrouement; toux légère; expectoration; sentiment de frisson l'après-midi; corps las et fatigué; le soir, au lit, tous les symptômes désagréables disparaissent et sont remplacés par une douce moiteur; de grandes aberrations de régime, telles que boisson de vin, de café, usage de cigarre, font, en trois jours, disparaître tout sur l'un des observateurs; le régime scrupuleusement observé, les symptômes durent huit jours, après quoi ils sont emportés pas la *noix vomique*, la *belladonna*, puis le *camphre*.

Ce petit nombre de symptômes, tout en indiquant une grande affinité dans les effets pathogénétiques de cette plante

et ceux que produisent les autres *solanees*, telles que la *belladonna*, *hyosciamus*, etc., fait voir que le moment du jour où se reproduit son action est tout différent. De nouvelles expériences indiqueront probablement encore d'autres différences dans le mode d'agir et d'autres affinités, de manière à en faire un remède utile dans certains cas pathologiques et plus appropriés que nul autre déjà connu.

Vespa Crabro, la Guêpe-Frelon, la grosse Guêpe.

Lorsqu'on saisit une guêpe par l'abdomen, on en voit aussitôt de l'extrémité sortir l'aiguillon au bout duquel ne tarde pas à se former une petite guttule de venin limpide, incolore, d'une odeur et d'un goût particulier, amer, aromatique, comparable à celui de quelques huiles essentielles. Pour l'obtenir en plus grande quantité, il faut aussitôt séparer avec des ciseaux le thorax de l'abdomen, comprimer un peu cette dernière partie, et surtout l'appareil glandulaire qui y est contenu et qui sert de réservoir au venin.

J'ai goûté plusieurs fois de ce venin pur, et, entre autres, un jour je pris sur la langue tout celui que je pus recueillir de six insectes. Outre le goût particulier que j'ai conservé pendant plus d'une heure dans la bouche, j'ai senti une chaleur dans le gosier, et après une heure, chaleur dans l'estomac, et renvoi d'air. Une semblable quantité de venin versée sur dix grains de sucre de lait, triturée pendant près d'une heure, et enfermée dans un petit flacon, conserve pendant long-temps la même odeur, le même goût et la même action.

Si on laisse tomber dans l'esprit-de-vin fort une guttule de ce venin, tel que le produit l'insecte, elle y forme une nubécule blanchâtre, qui se dirige vers le fond du flacon, où elle fait un léger dépôt blanc; si on secoue le flacon dès que la guttule y est versée, le liquide prend une faible teinte laiteuse, et le dépôt se forme de même. Dans les deux cas, l'esprit-de-vin participe aux propriétés du venin, et les conserve long-temps, quoique l'odeur et le goût n'y soient pas aussi distincts que dans la préparation faite avec le sucre de lait. J'ai compté les gouttes d'esprit-de-vin dont j'ai rempli les deux tiers d'un petit tube de verre, j'y ai ensuite mis tout le venin fourni par un égal nombre d'insectes, et imprimé une dizaine de secousses au tout. C'est de cette préparation que j'appelle *esprit-de-vin envenimé*, que je me suis servi comparativement avec l'esprit-de-vin pur et le venin frais pur (1).

Avec deux aiguilles à coudre fines et neuves, réunies par un fil, de manière que leurs pointes fussent le plus près possible, je me fis une piqûre sur le dos de la main gauche, à un pouce de l'origine du petit doigt. Les ayant plongées dans l'esprit-de-vin pour en prendre une goutte, j'en fis autant sur la main droite dans la région correspondante; puis les ayant humectées d'une goutte d'esprit-de-vin *envenimé*, j'en fis une piqûre sur la même main, à un pouce de la base de l'index. Enfin, je trempai les aiguilles dans le venin de guêpe pur et frais, et j'en fis une nouvelle piqûre sur la main gauche, à un pouce de l'index. Après chaque opération, les aiguilles furent lavées et essuyées avant de passer à une autre. Voici le tableau en quatre colonnes des résultats comparatifs des quatre piqûres.

---

(1) Cette liqueur pure ou préparée avec le sucre de lait, prise intérieurement, m'a donné d'autres symptômes que ceux que j'ai énoncés; mais j'attends, pour les publier, de les avoir confirmés par de nouveaux essais et par les observations qu'on pourrait me communiquer.

AVEC L'AIGUILLE SÈCHE.	AVEC DE L'ESPRIT-DE-VIN.	AVEC L'ESPRIT-DE-VIN ENVENIMÉ.	AVEC LE VENIN PUR.
Petite blessure.	Petite blessure.	Petite blessure rouge.	Petite blessure rouge, puis violette.
Un peu de sang.	Pas de sang, cuisson légère.	Pas de sang, cuisson pruriteuse.	Pas de sang, cuisson très-douloureuse.
. . . . .	Un peu de rougeur.	Aréole blanche, dure, démangeaison.	Aréole blanche, dure, élevée, démangeaison.
. . . . .	Sans enflure.	Enflure prompte, peu étendue, disparaît en deux heures.	Enflure moins prompte, s'étend au pouce et à la moitié de la main : dure 24 heures.
Stigmate bientôt desséché.	Stigmate.	Stigmate.	Stigmate.

Les effets du venin pur, instillé avec les aiguilles, sont bien moindres que ceux d'une piqûre de guêpe, en raison de la nature de l'instrument qui fait la blessure et y introduit le venin. Les effets de l'esprit-de-vin *envenimé* sont plus faibles encore, et surtout d'une durée bien moindre, quoiqu'ils paraissent d'abord être plus prompts.

J'ai tenté, sans succès, de soulager une piqûre d'abeille en y instillant de cet esprit-de-vin *envenimé* ; l'enflure et la douleur n'ont ni augmenté, ni diminué.

Quoique cette substance ne paraisse pas avoir de l'importance par ses effets pathogénétiques, elle fournit une preuve matérielle de quelques points fondamentaux de la doctrine homœopathique : 1° paraissant être formée en grande partie d'albumine, ou d'une substance analogue coagulable dans l'alcool, elle communique pourtant à tout le liquide les propriétés pathogénétiques qu'elle possède, et elle se conserve long-temps ainsi préparée. 2° L'action de l'esprit-de-vin envenimé est topique, indépendante de l'imagination ; l'expérience peut facilement être répétée comparativement par un autre observateur : elle a le mérite de parler aux yeux.

Menianthes trifoliata. Trifolium fibrinum off. Trèfle de marais.

Quoique cette plante eût déjà été expérimentée sur l'homme sain, lorsque je commençai à étudier l'homme sain, je n'avais point l'énumération des effets pathogénétiques qu'elle produit ; cependant, l'ayant vu employer et employée moi-même, souvent avec succès, dans certaines fièvres intermittentes, je lui soupçonnai une action homœopathique dans ces cas, et je résolus d'en étudier sur moi les symptômes, surtout sous le rapport de l'intermittence. J'en pris donc trois fois à jeun, en mettant un jour d'intervalle. Le premier jour je mâchai quelques feuilles fraîches ; une autre fois je pris une goutte de suc coupé d'esprit-de-vin ; la troisième fois, un demi-grain de sucre de lait imbibé de ce suc et séché. Le lendemain, soit le sixième jour de l'expérience, je ressentis un léger accès de fièvre l'après-midi, qui fut suivi de trois autres, séparés chacun par un jour d'intervalle, pendant lequel je ne me sentais pas de mal. Sans avoir pris aucun remède, mais ayant toujours suivi exactement le régime, je fus parfaitement rétabli après le quatrième accès.

Sans rapporter tous les symptômes, voici les traits les plus caractéristiques de la fièvre que j'éprouvai :

Accès l'après-midi : tous les deux jours ; frissons légers (je n'eus de tremblement qu'au second accès, m'étant, quelques heures avant, exposé à un air froid et humide) ; peu de sueur pendant le sommeil, la nuit ; *absence totale de soif ;* tête lourde, vide, sans douleur vive ; tristesse, mauvaise humeur.

J'ai depuis employé ce remède homœopathiquement dans des cas à-peu-près semblables, avec succès, surtout lorsque ces symptômes restaient après en avoir supprimé beaucoup

d'autres avec des remèdes homœopathiques qui n'avaient pas pleinement réussi, ou chez des personnes qui avaient pris des préparations allopathiques de china.

J'ai réussi presque également, soit que j'eusse fait mâcher au malade des feuilles fraîches, ou même séchées et récoltées avec du foin de marais, soit que je lui eusse fait prendre une goutte de suc coupé d'esprit-de-vin, ou seulement quelques globules de sucre imbibés de ce suc. Cette dernière manière cependant, outre qu'elle est plus commode, m'a paru rétablir plus promptement le malade.

C'est avec un grand étonnement, après cela, que je n'ai pas trouvé le *menianthes* mentionné dans la thérapie homœopathique des fièvres intermittentes de Bœnningausen.

Mais, avec les lumières de l'Organon, combien de choses on peut lire dans la nature, qui ne sont pas encore consignées dans les livres! « *Multum restat adhuc multumque restabit, nec ulli nato prœteritur occasio aliquid adjiciendi.* »

Causticum.

Dès que j'eus en mon pouvoir cette singulière substance, sur la nature de laquelle je laisserai porter un jugement à des chimistes plus habiles que moi, je fus tenté de l'expérimenter; et par un mouvement machinal, j'ouvris le flacon, je le flairai. (Odeur faible analogue à celle d'une solution de potasse.) J'en portai le bouchon humide sur ma langue. (Presque pas de différence dans le goût avec de l'eau de chaux.) N'en ayant point éprouvé d'effet, les jours suivans je réitérai et en avalai même une goutte entière sans éprouver aucun effet sensible pendant plus d'un mois, en observant un régime régulier. Enfin, je repris mes tentatives, en employant le bouchon humecté de la première dilution $\frac{1}{100}$; le lendemain, celui de la troisième $\frac{1}{1000000}$; le goût ne distinguait plus dans l'un ni l'autre que l'esprit-de-vin. Cinq jours après, je pris quelques globules de sucre imprégnés de la trentième dilution $\frac{0}{X}$.

Voici quelques-uns des symptômes que j'ai éprouvés :

Prurit qui devient insupportable la nuit, au lit, en me couchant et le matin, dans le haut des cuisses, le périnée, le scrotum (après dix jours); rougeur dartreuse, avec un léger suintement sous la verge et jusque sur le frein du gland. Sur les mains; boutons transparens, cristallins, arrondis au sommet, sans aréole; démangeaison. Le lendemain ils sont environnés d'une aréole rouge et pleins d'eau laiteuse; le troisième jour ils s'emplissent de pus, quelques-uns s'ulcèrent; le quatrième, quelques-uns isolés se dessèchent; les autres, en s'ulcérant, se réunissent aux voisins et durent quinze jours, laissant une tache rouge foncée, qui aujourd'hui (8 septembre) se voit encore, quoique tous les boutons soient séchés depuis le mois d'août. — Glandes axillaires engorgées lors de la grande exacerbation des boutons et des ulcérations qui les suivirent sur chaque main; glandes sous-maxillaires gauches un peu engorgées et douloureuses pendant sept ou huit jours, après trois semaines.

J'observai un régime exact pendant trois semaines, mais depuis je me relâchai un peu, en commençant par de la salade de laitue (sans poivre toutefois), et un peu de vin aux repas. Mais les symptômes continuèrent leur marche plus de six semaines; ce qui me fait croire que (surtout en employant des remèdes antipsoriques), dès que l'action du remède est évidente, on peut, sans inconvénient, se relâcher de la sévérité du régime.

QUELQUES MOTS

SUR LA RÉPÉTITION DES REMÉDES,

Par le Dr CONSTANTIN HERING.

(Archiv. f. hom. H., vol. XIII, 3e cahier.)

—

La répétition des remèdes a d'abord été entendue par Hahnemann en ce sens : que l'on pouvait revenir avec avantage à quelques antipsoriques après l'emploi de plusieurs autres. Il a fait cette observation pour la *sepia*, le *causticum*, le *natrum muriaticum*, et elle s'applique encore à plusieurs substances, tandis que pour d'autres, l'opportunité d'un emploi réitéré est plus rare, ce qui est le cas pour l'*acide nitrique* et la *calcarea*. Cette distinction est fort importante; elle sépare les antipsorique dont l'action est plus puissante et plus étendue, de ceux dont l'application opportune est plus limitée et plus rare. On pourrait appeler les premiers : *polychrestes antipsoriques*.

La répétition des substances, dans le sens indiqué, doit être distinguée comme : *répétition à la suite d'intermédiaires*.

Une seconde méthode de répétition est celle qui fait alterner successivement deux substances. Peu étudié encore, ce mode me semble avoir quelque importance. En 1822, peu de temps après m'être familiarisé avec l'homœopathie, j'ai guéri radicalement, en peu de semaines, une affection du foie, accompagnée de jaunisse, par des doses alternatives du suc de *ruta* et d'*ignatea* IV, données tous les trois ou quatre jours. Plus tard, j'ai fréquemment fait alterner, avec succès, un remède de courte durée avec un autre à action plus longue, lorsque tous deux répondaient, chacun partiellement, aux symptômes de la maladie. Le docteur Ilm, à Philadelphie, a guéri un cas d'hydropisie chez un enfant par des doses alternatives de *bryone* et de *pulsatille*. Je pourrais citer ici plusieurs faits analogues. On pourra aussi, dans bien de cas, donner les deux remèdes, en les faisant suivre rapidement, surtout en administrant l'aigu après le chronique. C'est ainsi que souvent, j'ai donné l'*aconit* après le *soufre*, l'*hepar sulphuris* après la *silice* ou le *zinc*, la *noix vomique* après l'*arsenic*, sans avoir en vue de suspendre l'action du premier remède. Il se prononce, dans tous ces cas, une action tierce, qui répond aux symptômes par lesquels les deux substances se distinguent l'une de l'autre. Aussi ne paraît-il point convenable de faire alterner,

comme prophylactiques, deux substances semblables, comme par exemple, le *cuprum* et le *veratrum* contre le choléra ; encore moins une série de plusieurs substances analogues, car c'est contre ce que ces substances auront de semblable qu'elles préserveront le moins.

C'est en me fondant sur cette supposition d'une action moyenne entre deux substances que, dans des cas de maladies chroniques, j'ai quelquefois fait prendre deux antipsoriques à des intervalles rapprochés, lorsque chaque remède ne répondait qu'à une partie de symptômes. C'est ainsi que, dans une affection du foie, j'ai donné d'abord le *kali carbonicum*, et quelques jours plus tard, le *carbo. veget.*; et cela avec un succès marqué. Dans d'autres cas tout semblables, aucun de ces deux remèdes, pris isolément, n'avait eu d'efficacité.

Jusqu'à présent, j'ai fait succéder, en général, les antipsoriques dont l'action est moins puissante [tels que *carbo veg.*, *aurum*, *argentum*, *platina*, *cuprum*, *conium*, *colocynthe.*, *dulcam.*, *bellad.*, *rhus*, *clematis*, *anacardium*, *staphysagria*, *thuja*, *sabina*, *sabadilla*, *moschus* (1)], à ceux dont les effets sont plus prolongés et plus énergiques (*causticum*, *phosphorus*, *natrum muriat.*, *kali muriat.* et *carbon.*, *natrum carbon.*, *calcarea*, *alumina*, *magnesia*, *silicea*, *agaricus*, *bovista*, *lycopodium*, *sepia*, etc.). La diagnotique peut seule établir des indications plus précises à cet égard.

Il faut parler ici du mode de répétition qui consiste à faire alterner une substance avec son antidote. J'en ai fait la première épreuve avec la *coloquinte* dans le traitement du *dry-belly-ache*, cette terrible colique du Nouveau-Monde. Tous les cas que j'ai rencontrés ont été guéris promptement et radicalement par la méthode suivante;

La grande intensité du mal, sa propension aux retours, son issue ordinaire et fatale en paralysie des mains, en diarrhées presque incurables, etc., par lesquelles la plupart des malades succombent en peu d'années, sa tendance marquée à passer à la lèpre, transition que j'ai vu s'effectuer à la suite de bains souffrés employés contre cette maladie ; toutes ces circonstances m'engagèrent à donner le remède en substance $\left(\frac{0}{\lambda}\right)$, comme dans les autres maladies psoriques, au lieu de le faire seulement flairer. Je n'ai jamais employé que des granules de la plus petite dimension, et cependant l'exacerbation, qui se prononçait immédiatement, était d'une incroyable violence. Je faisais prendre alors, sans délai, du café à l'eau par cuillerées jusqu'à la rémission des symptômes. Après six, douze ou vingt-quatre heures, suivant les cas, je donnais une seconde dose de *colocynth.* Ordinairement, dans la première heure après l'ingestion du remède, il fallait de nouveau avoir recours au café ; il est à observer cependant que l'exacerbation produite par cette seconde dose, se prononçait moins rapidement et avec moins d'intensité. Après un intervalle plus long, et dès que la maladie faisait mine de reparaître, je donnais la troisième dose. Dans la plupart des cas, il n'était pas nécessaire d'y revenir; les malades reprenaient rapidement des forces, et se trouvaient guéris radicalement. J'en ai revu quelques-uns après huit années, d'autres après trois et quatre ans, sans qu'aucun eût éprouvé de rechute. Dans quelques cas, il a fallu encore une quatrième dose après la troisième. Le principe à suivre doit être toujours de persister dans la répétition, à des intervalles de plus en plus éloignés, et en faisant succéder l'antidote au remède, jusqu'à ce que l'exacerbation soit régulière et supportable. C'est ainsi que j'ai traité fréquemment cette terrible maladie, depuis 1828, et je l'ai constamment guérie avec un égal succès, en trois ou quatre jours, sans que jamais il y ait eu d'affections consécutives.

Cette même méthod s'est montrée efficace, dans d'autres maladies, avec le *conium* et le café, la *sepia* et le vinaigre; peut-être le serait-elle avec le *phosphore* et l'*opium*. On pourra l'appliquer avec succès dans les plus violens accès de goutte. On peut employer de la même manière le vin, l'huile, le jaune d'œuf. Le fréquent usage que l'on fait de l'*aconit*, de l'*ipécacuanha*, de la *camomilla*, etc., comme remèdes intermédiaires, rentre aussi dans cette méthode. Aucun antidote ne neutralise complétement l'action d'une substance : celle-ci est seulement modifiée, et le remède le plus puissant continue à agir au travers des plus faibles. Le camphre ne peut être employé de cette manière qu'avec un petit nombre de substances, quoiqu'il diminue, au début, les effets de presque toutes. Le *spirit. nitri dulcis* semble atténuer les symptômes en portant plus vite vers la peau l'action des remèdes. Le *foie de soufre* (*hepar-sulphan*) accélère la suppuration dans la réaction, et porte également à la peau. Ces divers antidotes produisent, par des moyens divers, les mêmes effets salutaires que l'*arnica* et l'*eau froide* pour les blessures. L'*arnica* est salutaire en ce qu'elle augmente et accélère l'inflammation nécessaire à la guérison des blessures ; mais cet effet de l'*arnica* n'est que secondaire, et non point primitif : aussi ne doit-on pas donner cette substance dans des inflammations dangereuses. Il faut, au contraire, l'appliquer toutes les fois que l'on veut provoquer l'inflammation. En ceci, l'*arnica* est tout-à-fait l'opposé de l'*aconit*. L'eau froide agit d'une manière analogue à l'*arnica*, en diminuant d'abord et en accélérant secondairement l'inflammation.

L'action de l'*hepar sulphuris* est semblable à celle de l'*arnica*, mais en accélérant la suppuration au lieu de l'inflammation. On peut l'appliquer dans ce but avec le plus grand succès, particulièrement après l'emploi d'un antipsorique convenable. On évitera par ce moyen autant d'opérations que l'*aconit* épargne de saignées. Jusqu'à présent, j'ai toujours fait flairer le remède 1/10 de grain de la 3me ou 4me puissance, et presque toujours j'ai réussi à éviter l'ouverture artificielle. La plupart du temps, les abcès ou les panaris s'ouvraient d'eux-mêmes en vingt-quatre heures, quelquefois aussi au bout de trois jours seulement, après avoir répété l'application du remède de douze à vingt-quatre fois, suivant les circonstances. Je m'en tenais à cette substance, surtout lorsqu'auparavant j'avais donné le *zinc*, la *silice*,

---

(1) L'auteur énumère ici comme *antipsoriques*, nous ne savons à quel titre, plusieurs substances qui jusqu'à présent, n'avaient point été considérées comme telles. En général, la division tranchée que l'on a établie d'abord entre les *antipsoriques*, et les *apsoriques*, tend à s'effacer chaque jour, et, à notre avis, avec raison. (R.)

l'*arsenic*, le *mercure*, la *bellad.*, *la dulcam*, ou quelqu'autre remède, et je persistais dans son emploi aussi long-temps que possible, parce que je regarde l'ouverture artificielle comme un pis-aller, surtout lorsqu'elle doit s'opérer dans le voisinage de glandes ou de vaisseaux lymphatiques. Dans le traitement homœopathique, l'ouverture spontanée a de très-grands avantages ; on ne doit recourir à l'opération que quand on est forcé de choisir entre deux inconvéniens.

Dans l'emploi rapproché de deux remèdes, et surtout dans la répétition alternative, tout comme dans la répétition après la complète durée d'action, il convient de donner une grande attention à l'analogie des symptômes. J'ai eu souvent l'occasion de constater l'avantage qu'il y a à faire succéder les unes aux autres des substances semblables par leurs symptômes, mais appartenant à des règnes, des familles, des classes diverses.

—

Un troisième mode de répétition, plus important encore que le précédent, et dont on s'est beaucoup occupé depuis quelques années, c'est l'emploi réitéré du même remède à des intervalles rapprochés, jusqu'à ce qu'il amène la guérison. Hahnemann en a d'abord donné l'idée par son mode d'épreuve des substances à la 30me puissance (X), en en prenant quelques globules tous les trois ou quatre jours. Hartlaub a été le premier à l'appliquer avec succès au traitement d'une affection psorique. Wolf, enfin le premier, a proclamé la répétition des doses comme indispensable dans beaucoup de cas chroniques, et a soulevé ainsi la question tout entière.

Dans les premiers essais que j'ai tentés sur la répétition des doses, j'ai suivi l'ancienne règle de répéter à des intervalles de plus en plus éloignés. Soit que le remède ne produisit aucun effet, soit qu'il n'y eût qu'une simple exacerbation, je le redonnais jusqu'à ce que la réaction se prononçât avec évidence. Répété encore après ce moment, ce qui est arrivé quelquefois par mésentendu de la part de malades éloignés, le remède avait presque toujours un effet fâcheux. Une autre règle que j'ai suivie, a été de donner toujours un autre remède dès qu'il se montrait de nouveaux symptômes de quelque importance, de manière à combattre ceux-ci en même temps que les précédens.

La méthode de donner deux doses rapprochées des remèdes chroniques, méthode que j'ai appliquée avec succès, depuis long-temps, pour la *silice*, le *charbon végétal* et le *causticum*, a été suggérée par la répétition usitée, après douze ou vingt-quatre heures, de l'*ignatia* ou de la *bryone*, répétition nécessaire lorsqu'on voit survenir une amélioration très-prompte, mais de courte durée. Le même procédé doit être souvent employé pour l'*aimant*, en appliquant le même pole deux fois, puis ensuite le pole contraire ; il en est de même pour le *veratrum* dans les fièvres malignes, et peut-être aussi pour la *belladonna*. On a considéré cela comme un procédé palliatif, parce qu'on voyait la diminution prompte des symptômes être suivie d'exacerbation ; mais à proprement parler, il ne faut y voir qu'une amélioration de courte durée, et non point une action palliative dans le sens de l'ancienne école. Les remèdes n'agissent palliativement qu'à hautes doses, et lorsque leurs effets primitifs sont le contraire des symptômes de la maladie même l'emploi même de l'*opium* dans certaines coliques n'est pas palliatif, car je sais positivement que l'*opium* les produit par son action primitive.

On peut répéter les doses :

1° Quand la réaction ne se prononce pas, et cela dès que l'on en est convaincu, que ce soit le second jour ou plusieurs jours plus tard. Il ne faut jamais attendre long-temps dans des affections très-douloureuses, quelques chroniques qu'elles puissent être, ou dans des cas aigus : la réaction doit alors survenir rapidement. J'ai peu d'expérience encore de la répétition des doses tous les quatre ou sept jours ; dans les occasions où je l'ai employée, le traitement traînait beaucoup trop en longueur. J'ai obtenu des résultats satisfaisans dans beaucoup de cas, en laissant agir la première dose un jour, la seconde, deux jours, la troisième, trois jours, etc., en alongeant successivement les intervalles d'un jour. Ainsi les doses étaient répétées le premier, second, quatrième, septième, seizième jour, jusqu'à ce que la réaction se prononçât ou qu'il survînt de nouveaux symptômes. Dans le premier cas, on laissait la réaction s'opérer ; dans le second, on opposait un remède approprié aux symptômes nouveaux.

2° On peut réitérer la dose quand l'exacerbation est trop forte, mais alors, tout au plus, une seconde fois, et, ce qui vaut mieux encore, avec un antidote intermédiaire. J'ai fréquemment vu cesser l'exacerbation par l'emploi du même remède, et cela également pour les substances à action courte ou prolongée. J'avais souvent observé déjà, dans les épreuves de médicamens, que les symptômes produits par une dose disparaissaient sous l'influence d'une autre. Dans plusieurs cas, je me suis assuré de l'efficacité des substances préparées par la trituration, contre les suites d'empoisonnement par ces mêmes substances, par exemple, le *quina*, le *plomb*, le *merc.*, etc. J'ai vu aussi le *café* et le *tabac* exercer une action marquée comme médicamens, lors même qu'il en était fait un usage journalier sous leur forme brute.

3° On doit encore recourir à la répétition lorsque la réaction ne se soutient pas assez long-temps, et semble n'agir que comme une palliation. Ici également, une seconde dose, donnée le jour suivant, suffit presque toujours.

On peut souvent observer que la première dose ne produit aucun effet le premier jour, que, le jour suivant, la seconde ne réveille qu'une très-légère opposition, qui disparaît au troisième jour, et que la troisième dose seulement, donnée le quatrième jour, provoque une réaction plus longue et quelquefois persistante. Si ce n'est pas le cas, cette réaction est amenée, à coup sûr, par la quatrième dose, prise au septième jour. Quelquefois il est nécessaire d'éloigner davantage les intervalles, ce que toutefois l'on ne peut point décider à l'avance. En tout cas, on continue la répétition jusqu'à ce que l'opposition survienne. La nature de la maladie, bien plus que la durée d'action du remède, doit servir d'indicateur pour les intervalles à laisser entre les doses. Dans des affections très-aiguës, et avec un remède à action prompte, on peut n'attendre que dix à quinze minutes, quelques heures si la substance agit plus longuement, un jour si le mal est moins violent, plusieurs jours s'il est décidément de nature chronique. Les intervalles suivans doivent être, si possible, plus prolongés.

(*La suite au prochain numéro.*)

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC.

FÉVRIER 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Mémoire sur le diagnostic, où l'on examine les signes communs et différentiels de diverses maladies des organes contenus dans les cavités pectorale, abdominale et céphalo-rachidienne;

Par M. HUGUIER (PIERRE-CHARLES),

Aide-d'anatomie de la Faculté, interne des hôpitaux civils de Paris, membre de la Société anatomique.

De l'importance du diagnostic. — Il serait ridicule, dans l'état actuel de la science, de chercher à prouver l'utilité du diagnostic en médecine. On conçoit même à peine comment des auteurs modernes ont pu revenir à l'opinion d'Asclépiade et de son disciple Thémison, qui ont rangé les maladies en deux classes seulement, le *strictum* et le *laxum*, et avancer que cette branche de l'art de guérir n'en était qu'un point secondaire; qu'il suffisait au médecin de savoir distinguer si la maladie est sthénique ou asthénique (système de Brown), pour ensuite tonifier ou affaiblir le malade. Une opinion aussi fausse sur la nature et la thérapeutique des maladies n'a pu être émise que par des médecins systématiques ou peu versés dans l'anatomie et la physiologie pathologiques (1). Aussi je ne m'attacherai nullement à la combattre.

Pour nous, convaincus que la thérapeutique et le pronostic ne pourront faire des progrès et être véritablement utiles que lorsque le diagnostic différentiel des maladies sera bien établi, nous nous efforcerons continuellement à aplanir une partie des nombreuses difficultés qu'il présente, et à chercher les signes ou même les simples nuances à l'aide desquels les affections morbides peuvent être distinguées les unes des autres. C'est là le but de ce Mémoire, dans lequel nous prouverons, 1° que le diagnostic est loin d'être aussi facile qu'on l'a prétendu dans ces derniers temps, même dans les maladies ordinaires : je ne parle pas des maladies très-rares qui, par cela seul, ne se présentent pas à l'esprit du médecin, et ne sont pas soupçonnées et encore moins diagnostiquées par lui; 2° que dans un assez grand nombre de cas il est impossible de l'établir.

Ce mémoire renfermera plusieurs faits qui serviront à éclaircir le diagnostic différentiel de diverses maladies qui ont entre elles plusieurs points de contact et assez d'a-

---

(1) J'entends par physiologie pathologique la connaissance des changemens qui surviennent dans les fonctions des organes malades, ou, si l'on veut, la connaissance des altérations que les fonctions d'un organe malade peuvent éprouver, c'est ce qui constitue la plus grande partie de la symptomatologie. Quand je dis : la respiration est inégale, fréquente, incomplète, douloureuse, j'indique qu'elle ne se fait pas selon son rythme normal, et je fais de la physiologie pathologique.

D.

nalogie pour les faire souvent confondre les unes avec les autres.

Ce travail sera divisé en trois chapitres : le premier renfermera les maladies des organes contenus dans la poitrine, et des données sur divers états généraux de l'économie qui peuvent simuler une affection du cœur.

Dans le deuxième nous parlerons des affections de l'abdomen, et en particulier de l'ulcère et du cancer de l'estomac, des efforts conservateurs de la nature dans le cas de perforations des organes creux, de l'hydropisie de l'ovaire, de la métrite chronique et des signes des premiers mois de la gestation comme pouvant simuler diverses maladies.

Dans le troisième, nous nous occuperons des affections de l'appareil cérébro-spinal, telles que la congestion cérébrale, l'apoplexie, la paralysie de la langue, et des maladies des organes protecteurs du cerveau et de la moelle épinière. Ce chapitre renfermera un appendice sur les contractures musculaires et la paralysie partielle.

CHAPITRE Ier.

Examen de quelques-unes des maladies des organes circulatoires et respiratoires.

Anévrysmes de l'aorte pectorale. — Cette portion de l'aorte peut, dans certains points de son étendue, dans sa partie inférieure, par exemple, devenir le siége d'une dilatation anévrysmale, qui ne déterminera aucun trouble dans les fonctions, ou produira simplement un peu de gêne dans la respiration ou la déglutition, et pourra déterminer la mort instantanée en s'ouvrant largement dans la poitrine ou dans l'œsophage, avant que le malade et le médecin aient pu soupçonner l'existence d'une maladie aussi grave, ou même d'aucune maladie. Si la rupture des parois de cet anévrysme dans l'œsophage est petite, sinueuse, irrégulière, il pourra se faire qu'elle ne laisse écouler qu'une petite quantité de sang qui supérieurement remontera le long de l'œsophage, et sera rejeté au dehors par la bouche; inférieurement s'épanchera dans l'estomac, d'où il pourra être rendu, soit par la bouche, avec des matières vomies, soit par l'anus, avec des matières fécales. Cet anévrysme pourra alors être pris pour une hématémèse, et cela d'autant plus volontiers que la tumeur, en comprimant l'œsophage et en contractant des adhérences avec lui, aura aussi exercé une compression assez forte sur les cordons nerveux œsophagiens qui passent entre l'aorte et le conduit pharyngo-gastrique, d'où auront dû suivre des troubles dans les fonctions de l'estomac, peut-être aussi des douleurs le long du trajet des nerfs pneumo-gastriques, et même plus loin, à cause de leurs nombreuses anastomoses avec le nerf grand sympathique. Ce cas de rupture d'une poche anévrysmale par une petite ouverture dans l'œsophage n'est pas une pure supposition. Nous allons en rapporter un exemple qui fut pris pour une hémoptysie et non pour une hématémèse, parce que la malade était en même temps soupçonnée d'être atteinte d'une phthisie laryngée. Voici donc un cas d'anévrysme de l'aorte qui peut être entièrement méconnu, que la tumeur se soit ouverte ou non dans la plèvre ou dans l'œsophage, ou qui peut être pris pour une affection de l'estomac, hématémèse, squirrhe du cardia, en troublant les fonctions de l'estomac et de l'œsophage, ou bien pour une affection du poumon, hémoptysie, etc., si surtout il y a avec cela quelque bronchite ou quelque gêne dans la respiration.

L'anévrysme de la fin de la crosse de l'aorte, qui se trouve au milieu des diamètres de la poitrine et partant éloigné des parois de cette cavité, est aussi très-difficile, pour ne pas dire impossible, à diagnostiquer, à moins qu'il n'ait acquis un volume considérable : il peut ne causer que de la toux et une simple gêne de la respiration, par la compression de la bronche gauche et du plexus pulmonaire du côté correspondant, ou bien déterminer en même temps l'engouement du poumon, et des hémoptysies par la compression des veines pulmonaires gauches; symptômes qui pourront être pris pour ceux d'une phthisie pulmonaire commençante. L'hémoptysie sera considérée comme essentielle, ou même comme supplémentaire des menstrues, si la maladie a lieu chez une femme non réglée, ou dont les règles sont irrégulières, peu abondantes, et chez laquelle, à chaque époque menstruelle, une plus grande quantité de sang traverse le cœur et l'appareil respiratoire. Mais une maladie que peut-être aucun praticien n'a pensé pouvoir être simulée par un anévrysme de l'aorte, c'est la phthisie laryngée. Nous allons cependant en rapporter un exemple, dans lequel l'anévrysme de l'aorte, qui ne fut pas même soupçonné, fut d'abord pris pour une phthisie laryngée, et ensuite pour une hémoptysie symptômatique.

OBSERVATION. — *Anévrysme de l'aorte simulant une phthisie laryngée.* — Le 30 mars 1831, entre à l'hôpital St.-Louis, salle Ste.-Marthe, numéro 4, la nommé Virginie Latour, âgée de 48 ans, dame de compagnie, demeurant rue du faubourg St.-Martin. Il y a près de dix mois qu'elle a commencé à être malade, et que ses règles sont peu abondantes et irrégulières. Il y a huit mois qu'elle éprouve de temps à autre, mais surtout dans les temps froids et humides, un malaise, un sentiment d'embarras dans la poitrine, quelques douleurs vagues, et de la toux. Peu à peu ces symptômes s'aggravèrent, la toux devint plus fréquente, la voix enrouée et quelquefois entièrement voilée.

La malade entra à la maison royale de Santé; elle éprouvait, à cette époque, une douleur sourde le long de la trachée, une titillation, un picotement au larynx qui lui causaient une toux par quinte. La voix était faible, entrecoupée; quelquefois elle était glapissante. Cette femme éprouvait de temps en temps des accès de suffocation, qui ressemblaient à ceux du croup, et d'autres fois étaient semblables à ceux de l'œdème de la glotte. Dans l'intervalle des accès, la malade se portait bien. Le célèbre médecin, dans le service duquel elle était placée, (et qui nous a donné lui-même la plus grande partie des renseignemens que nous venons de signaler), diagnostiqua une phthisie laryngée, ou une inflammation chronique de la membrane muqueuse du larynx. Les pectoraux et la médecine antiphlogistique et révulsive furent mis en usage; deux cautères furent appliqués sur les côtés du larynx.

Tous ces moyens, quoique actifs, ne soulagèrent pas la malade qui, faute de moyens pécuniaires, ne put rester plus long temps à la maison de Santé; elle retourna chez

elle, où son mal continua à faire des progrès. Le 30 mars elle fut prise d'une attaque d'hémoptysie, la suffocation devint plus intense que les autres jours, ses crachats se mêlèrent à une assez grande quantité de sang; elle fut amenée à l'hôpital, et reçue d'urgence. On lui pratiqua une saignée de bras, on lui ordonna de la limonade tartarique et des sinapismes aux jambes : après l'usage de ces moyens, la dyspnée diminua, le crachement de sang fut presqu'entièrement arrêté.

Le lendemain 31, les crachats sont légèrement teints de sang, il y a encore un peu de difficulté dans la respiration. La voix est si faible que la malade a peine à se faire entendre; du reste pas de fièvre. La poitrine résonne bien partout, aussi on entend le bruit de l'expansion pulmonaire, ce qui éloigne l'idée d'une affection de la poitrine, à laquelle nous avions d'abord pensé. On continue la même médication que la veille, on ajoute un lavement laxatif.

Le 1er avril, l'amélioration continue; il n'existe plus que les symptômes de l'affection du larynx.

Le 2, la malade est prise d'un nouvel accès; elle fait plusieurs efforts de toux; tout-à-coup elle rend du sang clair par la bouche et les fosses nasales, elle se sent défaillir, elle tombe en syncope, les yeux s'agitent dans les orbites, il survient quelques mouvemens convulsifs qui sont suivis de la mort, avant même que le chirurgien de garde ait le temps d'aller la secourir.

Autopsie.— Une mort aussi prompte, après une perte si peu considérable de sang, devait nous faire penser qu'elle avait été produite par une rupture, soit du cœur, soit d'un des gros vaisseaux qui s'y rendent. Nous commençâmes donc par ouvrir la poitrine.

Les plèvres, les poumons, le cœur sont sains.

L'inspection de l'aorte nous fait reconnaître une tumeur anévrysmale, du volume d'un gros œuf de dinde, ayant son siége sur la concavité et sur la face postérieure de la crosse de l'aorte; la partie antérieure et supérieure de cette artère est saine. Cet anévrysme est formé par la dilatation des tuniques interne et moyenne; il renferme du sang coagulé et des concrétions fibrineuses : celles qui se rapprochent du centre de la tumeur sont irrégulières et flottent au milieu du sang; celles qui se rapprochent de la circonférence sont sous forme de lames pressées les unes sur les autres, et adhèrent légèrement entre elles; la plus superficielle adhère assez fortement à la tunique moyenne de l'artère. Vers sa partie postérieure, la cavité anévrysmale présente une ouverture large de six lignes, qui communique avec l'œsophage : les bords de cette ouverture sont noirâtres, irréguliers, comme gangrénés. La bronche gauche est comprimée par la tumeur, au point que les deux extrémités de son diamètre sont en contact et adhèrent entre elles, de manière à diviser cette bronche en deux canaux, par une bride; en cet endroit la bronche est enflammée, elle soutient la tumeur anévrysmale, dont les parois sont très-minces dans ce point. Le larynx est parfaitement sain.

Le nerf laryngé récurrent gauche est atrophié; dilaté; il a presqu'entièrement disparu sous la compression exercée sur lui par la tumeur, qui, comme je l'ai dit, était développée à la concavité de la crosse de l'aorte, partie de cette artère qui est embrassée par le nerf.

L'estomac et le tube intestinal étaient remplis de sang; celui qui était dans l'estomac formait une masse coagulée qui avait la forme de l'organe qui le contenait.

Tous les autres organes étaient sains.

Réflexions. — Ce fait, plus qu'aucun de ceux connus, nous enseigne à être réservé dans le diagnostic que nous avons à porter sur les maladies que nous observons. Voici une malade qui portait un anévrysme de l'aorte, sans présenter aucun des symptômes propres à cette maladie, ou même aucun signe qui pût faire soupçonner son existence; de plus, le peu de symptômes offerts par la maladie étaient de nature à faire croire à la lésion d'organes qui étaient parfaitement sains. La compression de la bronche gauche, celle du nerf laryngé récurrent nous rendent compte de la difficulté de respirer, et des symptômes de phthisie laryngée, seule affection dont on croyait la malade atteinte. Il faut aussi remarquer qu'une tumeur de toute autre nature que celle dont nous parlons, occupant le même siége, aurait produit les mêmes symptômes et aurait pu donner lieu à la même erreur de diagnostic. Je dis tumeur de toute autre nature, parce qu'ici nous n'avons eu que des symptômes de compression qui peuvent être produits par toutes les tumeurs imaginables.

Si la tumeur eût été placée un peu plus haut, ou un peu plus bas, il n'y eut pas eu compression du nerf laryngé récurrent, partant pas de symptômes de phthisie laryngée, et la malade eut succombé brusquement, n'ayant présenté pendant toute son existence qu'une simple gêne de la respiration, causée par la compression de la bronche gauche, gêne de la respiration que probablement on eût attribuée d'autant plus facilement à l'irrégularité des règles, qu'elle n'était pas continue.

La petite quantité de sang que la malade cracha deux jours avant sa mort, après quelques quintes de toux, ne pouvait qu'induire en erreur; on sait en effet que les malades atteints de phthisie laryngée ou pulmonaire, sont assez souvent exposés à cracher un peu de sang, lorsqu'ils ont été fatigués par une toux un peu forte.

Nous retirons de cette observation un autre avis pratique, c'est qu'à l'avenir, quand un organe nous paraîtra malade, nous ne porterons pas notre diagnostic avant de nous être demandé, si les vaisseaux ou nerfs qui animent cet organe ne seraient pas lésés d'une manière quelconque dans leur trajet : cette dernière réflexion me rappelle un cas rapporté par Fabrice de Hilden, de gangrène des pieds et des jambes, causée par une tumeur fibreuse de la région lombaire, et qui comprimait à la fois l'origine des nerfs du membre inférieur, l'aorte et la veine cave inférieure.

Maladies qui peuvent simuler un anévrysme du cœur.— Les anévrysmes du cœur peuvent être simulés dans quatre circonstances différentes : 1° dans la dégénérescence tuberculeuse, cartilagineuse ou osseuse des parois des artères aorte ou pulmonaire, qui détruit la contractilité, l'élasticité artérielle, et nécessite un surcroît d'action de la part du cœur; 2° dans certaines maladies du poumon; 3° dans certains états de l'économie qui augmentent la quantité du sang, et le concentrent vers la poitrine; 4° dans

certaines maladies des centres nerveux de la vie organique.

1° *Dégénérescence des parois artérielles et maladies du poumon qui simulent l'anévrysme du cœur.* Personne ne doute aujourd'hui de la contractilité, si ce n'est sensible et vitale, au moins de la contractilité organique des artères; il est même assez étonnant, que pour arriver à ce point, on ait été si souvent obligé d'avoir recours aux expériences et à l'observation des phénomènes circulatoires à l'état normal, quand la physiologie et l'anatomie pathologiques nous révélaient chaque jour l'existence de cette propriété et sa grande influence sur la circulation artérielle. Le seul état de vacuité des artères sur le cadavre eut dû nous convaincre de la facilité avec laquelle ces tubes reviennent sur eux-mêmes, lorsqu'ils n'ont subi aucune altération organique.

Viennent-ils au contraire à éprouver une dégénérescence tuberculeuse, cartilagineuse ou osseuse, qui se développe presque toujours, pour ne pas dire toujours, aux dépens de la tunique moyenne, principal organe de leur contractilité et de leur élasticité, on voit ces propriétés diminuer ou même être entièrement abolies; et là où l'altération organique existe, se trouvent des caillots sanguins, dont le nombre et le volume sont en raison de l'étendue de l'altération. Ce qui prouve encore cette grande influence de la contractilité et de l'élasticité artérielle sur le mouvement du sang, c'est la diminution de nutrition, de chaleur et même le développement de la gangrène des extrémités, qui se manifestent souvent chez les sujets dont les principaux troncs artériels sont ossifiés dans une grande étendue.

Dans une circonstance semblable, de deux choses l'une : ou les parties excentriques seront frappées de mort, parce que le sang n'arrive plus jusqu'à elles, ou parce qu'elles ne recevront plus aussi promptement et en aussi grande quantité cet élément de leur nutrition; peut-être même en sera-t-il ainsi, parce que ce fluide aura perdu par le ralentissement de son cours une partie de ses qualités vivifiantes : ou bien ces parties excentriques continueront à vivre. Dans ce dernier cas, il faudra qu'une force circulatoire supplée à celle qui aura été détruite par l'ossification des parois artérielles. Or, cette force ne pourra venir que du cœur qui sera obligé d'augmenter la force et la fréquence de ses contractions, et cela d'autant plus que l'ossification occupera une plus grande portion du système artériel. Si, comme dans le fait dont nous allons bientôt parler, l'ossification occupe toute la longueur de l'aorte, le cœur ne pourra, malgré tous ses efforts, chasser à la périphérie une aussi grande quantité de sang qu'à l'état physiologique; ce liquide embarrassera les cavités cardiaques, les vaisseaux pulmonaires et les grosses veines qui se dégorgent dans le cœur droit, d'où le trouble de la circulation, de la respiration, et même des sécrétions séreuses, œdème, hydropisie, etc. Il n'est pas jusqu'au bruit de soufflet qui ne puisse être produit par cette surabondance de sang dans les cavités du cœur; en effet, ce bruit est ordinairement causé par le passage du sang à travers les orifices rétrécis du cœur; par le défaut de proportion qui existe entre la quantité du sang chassé et l'ouverture qu'il doit franchir. Ainsi, bien que les ouvertures aient conservé leurs diamètres naturels, si la masse du sang qui les parcourt est plus grande que pendant l'exercice normal de la fonction, l'obstacle n'en existera pas moins, et le bruit sera produit. M. Andral, dans sa Clinique médicale, a rapporté plusieurs observations de malades qui avaient offert le bruit de soufflet, et chez lesquels les orifices du cœur étaient libres.

L'excès d'action du cœur en déterminera l'irritation qui causera des douleurs plus ou moins vives, des irrégularités dans la force, la fréquence des contractions, en un mot, tous les symptômes d'un anévrysme du cœur par hypertrophie. Cet appareil de symptômes sera encore plus complet si, comme chez le malade dont l'observation va suivre, il y a ossification simultanée de l'aorte de l'artère pulmonaire.

Si, à cette ossification qui, d'une part, nécessite l'augmentation de la force et de la fréquence des battemens du cœur, et d'une autre part produit l'accumulation du sang dans les cavités de cet organe et dans les organes environnans, nous joignons l'action d'affections morales vives, d'exercices musculaires forcés, d'un temps froid et humide, nous aurons plus de causes qu'il n'en faut pour produire tous les symptômes de l'anévrysme cardiaque, et nous aurons été complétement trompés par les apparences. Souvent néanmoins cette ossification ne se borne pas à produire des symptômes analogues à ceux de l'anévrysme du cœur; elle le produit en effet.

Obs. — *Ossifications de presque toute l'étendue de l'aorte et de l'artère pulmonaire prises pour un anévrysme du cœur.* — Le 3 juillet 1831, entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, N°. 46, la nommée Martin Rosalie, âgée de 73 ans, ancienne blanchisseuse. Cette femme a toujours joui dans sa jeunesse d'une bonne santé, depuis cinq à six ans seulement sa santé s'est altérée, elle a commencé par éprouver de la gêne, de l'embarras dans la poitrine, sans pouvoir préciser au juste le siége de ce malaise. Elle devint très-sensible à l'impression du froid et de l'humidité qui lui causaient facilement des bronchites; plus tard elle éprouva des palpitations, des battemens de cœur assez forts, quelquefois même de la douleur lorsqu'elle montait son escalier ou faisait une marche un peu forcée. Elle fut saignée trois fois dans l'espace de cinq ans, et eut plusieurs applications de sangsues à l'anus. Chacune de ces évacuations sanguines la soulagea pour le moment, mais elles n'empêchèrent pas la maladie de faire des progrès, et la malade se vit forcée d'entrer à l'hôpital, où il lui fut prescrit le 4 juillet, de la tisane pectorale, un julep béchique, et le quart d'alimens.

Aujourd'hui 6 juillet, voici dans quel état se trouve M. R : peau terne, décolorée, sèche, excepté à la face où elle est animée et chaude; infiltration des pieds et des jambes, et de la partie postérieure de chaque cuisse; froid et picotemens incommodes aux extrémités, surtout aux inférieures; les battemens du cœur habituellement forts, développés et assez réguliers, principalement lorsque la malade est en repos.

Son thorax décharné permet d'apercevoir les battemens du cœur qui viennent soulever les muscles intercostaux et la partie supérieure de la région épigastrique, où ils sont aussi très-sensibles à l'oreille et à la main; M. R. nous dit que dans les temps froids et humides ou bien lorsqu'elle vient

à fatiguer ou à être prise d'affections morales vives, elle est sujette aux accès d'asthme, dans lesquels elle a pensé plusieurs fois perdre la vie : elle ne dort que très-peu, son sommeil est assez souvent agité par des rêves pénibles; il lui semble qu'on l'étouffe ou qu'elle se noie : ces songes pénibles la prennent habituellement le matin; elle se réveille alors dans un état d'agitation extrême, éprouvant des palpitations et une grande difficulté à respirer.

On continue la tisane pectorale; on ajoute dans le julep une demi-once de sirop diacode.

Les jours suivans, la malade est à-peu-près dans la même situation.

Le 11 juillet, sur les dix heures et demie ou onze heures, elle éprouve de la toux, une gêne considérable de la respiration; son corps est incliné en avant, reposant sur ses deux mains; les battemens du cœur sont vifs, forts et irréguliers; l'oreille appuyée vers la région du cœur perçoit un bruit de soufflet, une espèce de susurrus difficile à dépeindre; la malade éprouve par momens, dans cette région, des douleurs qui paraissent et disparaissent avec la rapidité de l'éclair; ses extrémités sont froides, pâles; le pouls radial est un peu plus fort que le pouls crural; les yeux sont animés et la face toute grippée. Je lui fis appliquer des cataplasmes sinapisés aux cuisses, lui fis une saignée du bras assez abondante : peu-à-peu les accidens diminuèrent, et elle s'endormit jusqu'au lendemain matin. A la visite elle se trouvait assez bien : on ajouta à la prescription deux grains d'extrait de digitale à prendre en deux fois. L'accès que je viens de décrire se renouvela plusieurs fois en peu de jours, l'hydropisie fit de rapides progrès, et la mort eut lieu le 28 à quatre heures du matin.

Autopsie. — Epanchement de sérosité dans l'abdomen et et dans la poitrine.

Organes pectoraux et abdominaux sains.

Le cœur, à notre grand étonnement, ne nous a offert aucune des lésions anatomico-pathologiques désignées sous le nom commun d'anévrysme du cœur : ses ventricules avaient conservé leur volume et leur épaisseur naturels; seulement leur consistance paraissait un peu plus grande qu'elle l'est habituellement chez un sujet de cet âge; les fibres charnues étaient rouges et assez fermes, sans être cependant hypertrophiées.

La valvule tricuspide présentait plusieurs petites plaques d'ossification. Son tissu fibreux est un peu hypertrophié.

A l'orifice de l'artère pulmonaire, l'une des valvules sigmoïdes présente une concrétion osseuse large d'une ligne et demie; l'épaisseur des trois valvules semble être un peu augmentée.

L'artère pulmonaire, depuis son origine jusqu'à sa bifurcation; l'aorte, depuis la concavité de sa crosse jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire, sont presqu'entièrement ossifiées; leurs parois ne présentent que çà et là des points qui ne soient pas occupés par cette altération. Les parties non ossifiées sont épaisses et beaucoup plus fragiles qu'à l'état normal.

Toutes les plaques osseuses sont situées entre les tuniques interne et moyenne; sur quelques-unes la tunique interne est détruite, usée; en d'autres endroits elle semble être ulcérée : ces plaques sont à nu et en contact avec le sang. Parmi ces ossifications, les unes sont comme granulées et font saillie dans la lumière des vaisseaux; en plusieurs endroits la tunique moyenne est simplement cartilagineuse.

Les artères aorte et pulmonaire, qui à l'état sain sont vides, étaient remplies d'un sang noir et coagulé; dans l'aorte le caillot commençait vers la fin de la crosse jusqu'à la bifurcation de l'artère, où il se terminait en pointe.

Cette observation nous offre un exemple bien remarquable de la difficulté du diagnostic. La maladie a offert tous les signes de l'anévrysme du cœur, et cet organe était parfaitement sain. Tous les symptômes d'anévrysmes ont été causés, 1° par la nécessité dans laquelle s'est trouvé le cœur d'augmenter la force et la fréquence de ses pulsations pour remplacer la perte de la contractilité des parois artérielles; 2° par la présence d'une plus grande quantité de sang dans les cavités cardiaques ainsi que dans les organes environnans.

2°. *Maladies du poumon dont l'existence est dévoilée par le trouble des fonctions du cœur.* — Certain état tuberculeux du poumon peut donner lieu à des symptômes analogues à ceux de l'anévrysme du cœur par hypertrophie; c'est quand les tubercules miliaires sont assez nombreux pour occuper une grande partie du parenchyme pulmonaire, sans toutefois l'être assez pour comprimer, absorber ce parenchyme, se toucher et former une masse plus ou moins volumineuse; quand ils sont disséminés de manière à laisser entre eux une portion de poumon perméable à l'air. La poitrine conserve alors sa sonoréité; l'expansion pulmonaire s'entend à-peu-près partout; il n'y a ni respiration caverneuse, ni expectoration de débris de tubercules, ni matité, rien enfin qui annonce la présence de ces produits pathologiques.

J'ai vu en 1829, à l'hôpital St.-Louis, salle Ste.-Marthe, n°. 29, une malade qui était traitée depuis deux ans, pour un anévrysme du cœur par hypertrophie; il y avait sept mois qu'on la traitait à l'hôpital pour cette affection, quand la mort vint l'arracher aux souffrances continuelles qu'elle endurait.

A l'autopsie, nous trouvâmes le cœur sain et le parenchyme pulmonaire, des deux côtés, farci de petites granulations tuberculeuses, la plus volumineuse ne surpassait pas la grosseur d'un pois. Dans le cas dont il s'agit, c'est en mettant obstacle au libre passage du sang à travers le parenchyme du poumon que cette affection produit des symptômes qui, pour la plupart, se passent dans l'organe chargé d'imprimer au sang l'impulsion nécessaire pour lui faire parcourir le système circulatoire du poumon : donc plus il rencontrera d'obstacles, plus le cœur sera obligé de renouveler d'efforts, et plus l'on sera porté à le considérer comme malade.

Des tubercules ordinaires ou des tumeurs de toute autre nature, enveloppés d'un parenchyme pulmonaire sain, pourront être entièrement méconnus, et donner lieu simplement aux signes d'une affection du cœur.

3° *Etats de l'économie qui augmentent la quantité du sang, et le concentrent vers la poitrine.* — Chez les femmes sanguines, qui ont depuis long-temps une suppression de règles, chez celles qui ont une aménorrhée habituelle, qui sont ordinairement d'un tempérament ner-

veux, et sont susceptibles d'excitations et d'émotions vives, le sang se porte en surabondance sur les organes les plus vasculaires et les plus rapprochés du centre de la circulation; de là, viennent la force, la fréquence, et souvent même l'irrégularité du pouls, les palpitations, un sentiment de plénitude dans la région du cœur, la gène, l'accélération, et quelquefois l'irrégularité de la respiration, les bouffées de chaleur et de sueur que les malades éprouvent vers la tête et la poitrine. Ce qui prouve que, dans l'aménorrhée et la suppression des règles, le sang se porte vers le centre de la circulation, ce sont les nombreuses affections que l'on voit dans ce cas assiéger le cœur et les organes pectoraux. Interrogez les femmes qui ont des anévrysmes du cœur, ou quelque affection chronique de la poitrine, et vous verrez que la plupart, pour ne pas dire toutes, n'avaient jamais été bien réglées, ou avaient accidentellement perdu leurs règles long-temps avant la manifestation de leur maladie? Qui ne sait que, de toutes les hémorrhagies, celle qui est le plus souvent supplémentaire des règles, c'est l'hémoptysie?

Dans un cas de suppression ou d'absence de la menstruation, les malades éprouvent des accidens qui peuvent être pris pour des symptômes d'affections du cœur, si surtout les malades sont d'un âge avancé; nous avons rencontré plusieurs fois des cas semblables : nous nous contenterons de donner l'extrait d'une observation prise à l'hôpital Saint-Louis.

Obs. — Maugay Octavie, âgée de 17 ans, domestique, eut ses règles supprimées dès la première fois qu'elles apparurent.

Symptômes. — Peau habituellement chaude et colorée par plaques, surtout aux extrémités; quelquefois cette coloration est rosée, d'autres fois elle tire sur le violet; face animée, yeux brillans, assez souvent battemens dans les oreilles et douleurs dans la tête; les extrémités, principalement les inférieures, sont comme bouffies, leurs formes presque également arrondies; pouls fort et plein, battemens du cœur larges, forts et fréquens, ils repoussent la main de l'observateur, et s'entendent dans une grande étendue : le bruit des contractions des ventricules est plus fort qu'à l'état normal.

La malade est d'une grande susceptibilité morale; tous les quinze ou vingt jours, elle éprouve des palpitations, les battemens du cœur sont irréguliers, tumultueux, plus étendus et plus forts qu'à l'état habituel; on entend même de temps à autre un bruit de soufflet; les battemens du pouls offrent les mêmes caractères que ceux du cœur; la respiration est courte, fréquente, difficile; la malade se plaint d'étouffer et d'éprouver un sentiment de chaleur dans la poitrine : cette chaleur intérieure est accompagnée de toux et quelquefois de l'expectoration de crachats sanguinolens.

L'époque menstruelle, un exercice un peu fort, ou la moindre contrariété, suffisent pour rappeler tous les accidens que je viens de mentionner.

Pendant son séjour à l'hôpital, on parvint à rétablir les règles de cette fille, et elle sortit parfaitement guérie.

Quand des maladies chroniques, comme les anciens ulcères, la goutte, le rhumatisme, le psoriasis, (dartre squammeuse d'Alibert), l'eczéma chronique (dartre squammeuse humide, Alibert), etc., viennent à se supprimer tout-à-coup, ou bien quand après avoir duré des années, ces affections viennent à être guéries rapidement, ou à être améliorées au point de ne presque plus exister, on voit souvent se manifester presque tous les symptômes d'une affection du cœur, accident que l'on fait disparaître en saignant les malades, en rappelant la maladie primitive, ou bien en établissant un exutoire. J'ai vu plusieurs fois des malades atteints d'eczéma chronique éprouver les accidens que je viens d'indiquer chaque fois que leur maladie était au moment de disparaître.

4° *Maladies du centre nerveux de la vie de relation, portant leur action sur les fonctions du cœur et sur celles qui en dérivent.* — Ce n'est plus aujourd'hui un point de doute, pour nos Physiologistes et pathologistes modernes, que l'action de la moelle sur les mouvemens du cœur; mais ce qui peut être douteux, pour quelques-uns, intéressant et même instructif pour d'autres, c'est d'apprendre que la partie supérieure de la moelle malade, peut dans certains cas ne nous manifester sa souffrance qu'en altérant les fonctions du cœur et celles qui sont médiatement sous sa dépendance; c'est cependant ce que va nous prouver l'observation suivante.

Observation. — *Ramollissement de la moelle épinière simulant un anévrysme du cœur.* — La nommée Adélaide Frémond, âgée de 29 ans, couturière, née et demeurant à Paris, d'un tempérament nerveux, fut réglée à 19 ans; la menstruation eut beaucoup de peine à s'établir. Les premières apparitions menstruelles furent peu abondantes. A 21 ans, elle eut un enfant qui devint pour elle la source d'une foule de chagrins; elle éprouvait de temps en temps des palpitations et de fortes douleurs de tête qui lui causaient quelquefois des mouvemens spasmodiques généraux. Lorsqu'elle marchait vite, portait un fardeau, ou montait un escalier, elle éprouvait des tremblemens dans les membres, de la lassitude, des mouvemens tumultueux dans la poitrine, mais surtout une grande difficulté à respirer. Les facultés intellectuelles n'étaient nullement altérées. C'est dans cet état qu'elle entra à l'hôpital St-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 47, le 29 juillet 1831.

Son entrée à l'hôpital renouvela ses chagrins; aussi le lendemain matin 30, elle se plaignit d'un malaise général, de plus elle éprouvait une douleur assez vive dans la région cardiaque; la respiration était haute; gênée, les battemens du cœur forts, tumultueux et irréguliers, s'entendaient et se sentaient dans une grande étendue : à droite, jusqu'au-delà des cartilages costaux, en haut, jusqu'à l'union de la seconde avec la première pièce du sternum, en bas, jusque dans la région épigastrique. Ces battemens étaient quelquefois si forts qu'ils soulevaient le sternum et la main, même fortement appliquée. L'état du pouls était en rapport avec celui du cœur, il était habituellement fort, mais surtout fort et irrégulier pendant les palpitations.

L'auscultation, la percussion de la poitrine ne présentent rien de remarquable. (Tisane de mauve et de violette; extrait de digitale, deux grains.)

Le 31, les symptômes sont un peu calmés du côté du cœur; la céphalalgie persiste, la face est injectée, les yeux étincelans. On ajoute à la prescription des bains de pieds sinapisés.

Le 1er août, au matin, les battemens du cœur sont très-forts; la malade éprouve de la difficulté à respirer; le ventre est tuméfié, la face est comme bouffie. Sur les cinq heures, les douleurs de tête augmentent considérablement, puis presque tout-à-coup survient une perte incomplète du sentiment et du mouvement, mais surtout de ce dernier; elle a une orthopnée extrême; elle crie qu'elle étouffe, qu'on lui donne de l'air; les battemens du cœur sont forts, très-irréguliers et fréquens; le pouls présente les mêmes modifications; le ventre est tendu. La respiration continue à s'embarrasser, et la mort a lieu le 2 à six heures du matin.

Autopsie. — Jugeant que le point de départ des symptômes qu'a offerts cette jeune femme était dans le cœur, nous commençâmes par ouvrir la poitrine. Nous ne fûmes pas peu surpris d'y trouver tous les organes sains; le cœur avait conservé sa couleur, sa densité et son volume naturels; cependant il semblait offrir un peu plus de volume qu'à l'état ordinaire.

Abdomen. — Rien.

Cerveau. — Signes de congestion cérébrale; caillots fibrineux dans les sinus de la dure-mère; sang noir dans les veines qui rampent à la surface du cerveau; les vaisseaux de sa substance sont eux-mêmes injectés; les tranches de la substance médullaire sont piquetées de points rouges. Nous cherchâmes alors dans la moelle épinière. Les veines du canal rachidien étaient remplies de sang; l'arachnoïde rachidienne, vers la partie inférieure de la région cervicale et la moitié supérieure de la région dorsale, était rouge, injectée et légèrement opaque. La moelle elle-même au niveau de la dernière vertèbre cervicale et de la première dorsale, était entièrement ramollie. Sa substance médullaire était mêlée à du sang liquide et trouble; il existait même de ce sang épais et comme purulent dans les sillons longitudinaux antérieur et postérieur de la moelle. La sérosité du canal rachidien était rougeâtre.

Réflexions. — Cette observation est encore un de ces faits qui prouvent combien la science du diagnostic est difficile : n'est-il pas surprenant de voir un ramollissement de la moelle produire presque tous les symptômes d'un anévrysme du cœur? N'est-ce pas encore une chose digne de remarque que les antécédens recueillis avec soin aient plutôt milité en faveur d'un anévrysme du cœur qu'en faveur de toute autre maladie?

Enfin le genre de mort de la malade pouvait encore faire croire à une affection du cœur; elle est morte en présentant des phénomènes apoplectiques. Ne savons-nous pas que l'apoplexie termine souvent la vie des individus atteints d'anévrysmes du cœur?

Ce fait non-seulement peut rendre le médecin prudent, et l'éclairer dans le diagnostic de plusieurs affections des centres nerveux et circulatoire, mais encore servir à la physiologie, beaucoup plus utilement que toutes les expériences qui ont été faites pour prouver l'influence qu'a la moelle épinière sur les mouvemens du cœur. En effet, ici l'expérience se produisit spontanément, sans émotion morale, crainte ou colère auxquelles sont livrés les animaux sur lesquels on expérimente, et sans les vives douleurs que nécessitent les expériences faites sur la moelle, avant même de l'avoir mise à découvert : est-il, je le demande, des causes plus aptes à changer la régularité des mouvemens du cœur que la douleur, la crainte ou la colère? Dès-lors que conclure de positif sur de semblables recherches? L'observation journalière de l'homme sain ou de l'homme malade pouvait nous en apprendre autant que toutes les nombreuses recherches des Legallois, des Béclard, des Clife (*Philos. trans.*, 1815); des Wilson Philip. (Londres, 1818); Tréviranus, etc.

La plupart de ces expériences ont été tentées pour combattre ou confirmer l'opinion émise par Haller, dans sa grande Physiologie, que « les mouvemens du cœur tiennent à l'irritabilité, et qu'ils sont indépendans du système nerveux. » On pouvait parfaitement bien combattre Haller par la simple observation des fonctions du système nerveux et du cœur, mais encore par Haller lui même, car tant la vérité a de force qu'elle finit toujours par soulever un des coins du voile qui la recouvre, et par se laisser entrevoir même dans les ouvrages de ceux qui la cachent sans intention; en effet, Haller reconnait l'influence de la moelle épinière sur les mouvemens du cœur, dans les deux phrases suivantes. Il dit, en parlant des lésions de la partie supérieure de la moelle : *Hæc omnia ostendunt evidenter, præcipuos cordis nervos ab ea sede medullæ spinalis nasci; nam cæterum vitia hujus partis corporis irritatæ mentis officia non turbant.* (*Elém. de physiol.*, t. IV, p. 347).

Même volume, page 356, il dit que les fœtus qui sont venus au monde sans cerveau et qui sont morts au bout de quelque temps, avaient cependant la plupart assez de moelle pour que le mouvement du cœur existât. *Plerisque medullæ spinalis etiam fuit tantum quantum, sufficere paterat ut cordis motus superesset.*

Il reconnait donc, malgré sa théorie sur l'irritabilité, l'influence de la moelle sur les mouvemens du cœur.

On trouve une observation à-peu-près analogue à celle-ci dans l'ouvrage de M. Olivier, sur les maladies de la moelle épinière. M. Serres, *Journal de physiol.*, tome V, juillet 1825, en a rapporté une autre : le malade avait d'abord été traité pour une dilatation avec hypertrophie des cavités gauches. A l'autopsie, le cœur fut trouvé sain, la moelle ramollie.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Des lésions traumatiques des tendons, et de leur traitement;

Par le docteur ROGNETTA.

Les tendons peuvent être *dénudés*, *contus*, *piqués* et *divisés*, soit en totalité, soit en partie. La division d'un tendon peut être l'effet d'une contraction violente du muscle ou des muscles auxquels il appartient, ou bien le résultat de l'action d'un instrument vulnérant. Dans le premier cas, la division du tendon peut exister sans lésion des tégumens (*rupture du tendon*); dans le second, les parties molles sont plus ou moins largement coupées.

La dénudation d'un tendon peut arriver par suite d'un érysipèle phlegmoneux, d'un phlegmon gangréneux, etc., ou bien par l'effet d'une blessure. Dans le premier cas, il y a mortification du tissu cellulaire qui environne les tendons, et exfoliation consécutive de ceux-ci : nous n'en traiterons pas ici. Dans le second, il se passe ce que nous allons exposer. Une blessure par instrument tranchant et contondant à la fois produit quelquefois la dénudation d'un ou de plusieurs tendons. Dans cette espèce de dénudation, il arrive de deux choses l'une : ou le tendon *s'exfolie*, ou bien il *se couvre de bourgeons charnus*. Tous les efforts du chirurgien doivent donc tendre à prévenir cette *exfoliation*. Pour bien saisir l'indication que je viens d'énoncer, il faut avoir des idées bien arrêtées sur la structure et les usages des différens tendons dont nos muscles sont pourvus. Ainsi, il faut se rappeler que, de nos tendons, les uns, longs, grêles et secs, tels que les extenseurs et les fléchisseurs des doigts et des orteils, sont placés dans une coulisse particulière, une gaine séreuse, dans laquelle ils glissent en agissant; les autres, volumineux, plus ou moins courts, tels que le tendon d'achille, celui du crural antérieur, etc., manquent à la rigueur d'une coulisse séreuse comme les précédens. Les premiers ne reçoivent leur nourriture que par le peu de vaisseaux que le corps de leurs muscles leur envoye, et par quelques autres de leur gaine; tandis que les seconds, étant environnés, matelassés, et pénétrés même de tissu vasculo-cellulaire graisseux, sont arrosés par un grand nombre d'artères qui les parcourent en tous sens. Cela fait que les tendons à coulisse, une fois dénudés de leur gaine, s'exfolient ordinairement, tandis que les gros tendons dénudés se couvrent aisément de bourgeons charnus sans s'exfolier. Dans l'une et l'autre espèce de tendons, lorsque la dénudation a lieu, le chirurgien n'a autre chose à faire qu'à rapprocher les parties molles, afin de garantir les tendons de l'action de l'air et d'entretenir par là leur vie autant que possible. Il faut cependant savoir aussi que, dans les tendons, à coulisse si c'est leur gaine seulement qui est à découvert, elle se couvre ordinairement de bourgeons charnus, et le tendon continue à vivre. Dans le panaris, par exemple, c'est lorsque la suppuration a détruit la gaine du tendon que celui-ci s'exfolie consécutivement. Aussi est-ce avec une admirable sagesse que la nature a pourvu ces coulisses d'une résistance énorme, afin de pouvoir réagir contre les violences extérieures (1).

La *piqûre* des tendons est un accident assez rare. On en rencontre cependant quelques exemples à la main et au pied de préférence. La piqûre des tendons était plus fréquente chez les anciens que de nos jours; car l'usage qu'on avait autrefois de coudre la plupart des plaies, exposait souvent les tendons à être blessés par l'aiguille. Les suites d'une piqûre de tendon peuvent quelquefois être fâcheuses si elle excite une inflammation très-vive. Dans les tendons à coulisse, la piqûre peut être suivie de suppuration dans la gaine et de mortification du tendon. Quelques panaris ne connaissent d'autre cause provocatrice qu'une piqûre. Suivant J. L. Petit, la piqûre de ces sortes de tendons serait suivie d'épanchement de la synovie de leurs gaînes, dans le tissu cellulaire environnant. On a prétendu que la piqûre d'un tendon était, ainsi que celle d'une aponévrose, suivie de phlegmon grave, de gangrène, de convulsions, et même de la mort des malades. On a aujourd'hui réduit à sa juste valeur cette dernière opinion. Les accidens que nous venons de mentionner, et qui peuvent réellement arriver quelquefois, sont attribués à la lésion de quelque filet nerveux, ou bien à une prédisposition cachée de l'individu, et non pas à la piqûre du tendon ou de l'aponévrose dont la sensibilité est très-obtuse. Le traitement est ici tout-à-fait prophylactique si l'on est appelé au moment même de l'accident. Dans le cas contraire, on combattra les accidens par les mêmes remèdes qu'on employe contre le panaris.

La *contusion* des tendons est un accident très-fréquent. Elle peut arriver, soit par l'action d'un corps orbe qui frappe une région pourvue de tendons, comme à la main, au pied, aux côtés du genou, etc., soit par suite d'une entorse, fracture, ou luxation. Genga, de Rome, fit le premier remarquer que la contusion des tendons est suivie de douleurs plus fortes quelque temps après l'accident qu'au moment même de l'accident (1). Le gonflement est inévitable à la suite de la contusion des tendons si elle a été un peu forte. Si le tendon contus est de l'espèce de ceux que nous avons appelés à coulisse, la gaine qui le renferme s'enflamme plus ou moins, suivant le degré de contusion; il se fait un grand épanchement de synovie dans l'intérieur de la coulisse, qui, suivant J. L. Petit, est la cause principale de la douleur que les malades éprouvent, et du gonflement qui survient consécutivement (2). Si l'inflammation de la gaine passe à la suppuration ulcérative, il s'en suit la dénudation et l'exfoliation du tendon; quelquefois même les os que ces tendons couvrent sont eux-mêmes frappés de mortification.

La simple *distension* violente, le déplacement *permanent* d'un tendon, équivaut quelquefois à une contusion pour la douleur et pour le gonflement qui suivent ce tiraillement. Monteggia rapporte avoir vu une Dame d'un certain âge, laquelle, dans un mouvement brusque du bras qu'elle fit, eut le tendon du biceps brachial déplacé de sa coulisse : le tiraillement de ce tendon produisit des souffrances atroces. La nature du mal a été facilement reconnue par le simple attouchement à l'endroit de la douleur et par la déformation du membre. Le tendon luxé fut remis en place par quelques mouvemens que le chirurgien fit exécuter au bras (3). Un jeune homme, *en dansant*, éprouva une très-vive douleur à la partie inférieure-postérieure de la jambe, et il ne put pas se tenir debout. Monteggia, ayant été appelé, reconnut que les tendons des muscles péroniers qui glissent dans la coulisse postérieure de la malléole externe avaient quitté leur place naturelle.

---

(1) Pouteau s'est assuré par des expériences directes qu'il était plus facile de rompre un tendon que la coulisse qui le renferme. (*OEuvres posthumes de Pouteau*, tome II, page 303.

(1) Genga, *Anatomia chirurgica*.
(2) J. L. Petit, *Malad. des os*, tome II.
(3) Monteggia, *Instituz. chirurg.*, t. V, p. 180.

La réduction en fut faite à l'aide de quelques mouvemens variés imprimés au pied et à la jambe (1). — Un homme éprouva le même accident au tendon de l'extenseur du doigt indicateur de la main droite, en s'amusant à chasser des *mouches* sur une table, par ce mouvement d'élan du doigt indicateur, qu'on appelle *chiquenaude*. Le tendon avait échappé de la partie moyenne du doigt pour se porter du côté cubital. Douleurs vives; réduction facile du tendon, en étendant le doigt (2).

Le traitement de la contusion des tendons consiste d'abord à prévenir l'inflammation par les répercussifs et le repos de la partie; puis à la combattre par le repos et les moyens antiphlogistiques connus, si elle est survenue. Nous avons vu la compression exercée avec une bande sur la partie contuse, être un excellent moyen pour prévenir toute réaction vive dans un tendon contus. Ainsi, au poignet, au pied, au genou, etc., si une contusion des tendons et des autres parties molles arrive, on mettra un petit appareil, comme s'il y avait fracture. Cette pratique réussit constamment entre les mains de M. Dupuytren.

Dans les gros tendons sans gaîne à coulisse, la contusion a ordinairement des suites beaucoup moins graves; mais l'inflammation qui la suit est souvent très-douloureuse, gêne les fonctions des muscles auxquels ils correspondent, et dure assez long-temps: elle peut aussi quelquefois être suivie de suppuration et de gangrène, ainsi qu'on en a des exemples. Le traitement est ici le même que pour le cas précédent.

La division des tendons peut, ainsi que nous avons déjà dit, exister sous deux formes différentes: dans l'une, il y a rupture de la totalité ou d'une partie des fibres du tendon sans lésion des tégumens qui les couvrent; dans l'autre, la division existe avec solution de continuité des autres parties molles. Faisons observer d'abord que la division partielle de la substance d'un tendon est quelquefois plus fâcheuse et plus difficile à guérir que la division complète; car on peut assez facilement rapprocher les deux bouts d'un tendon divisé en totalité; mais il n'en est pas de même quand cette séparation n'est que d'une partie des fibres du tendon.

La *rupture des tendons* a principalement été observée dans ceux qui appartiennent aux muscles les plus puissans du corps, tels que le tendon d'achille, l'extenseur de la jambe, le plantaire grêle, etc. J'ai vu une fois la rupture du tendon du muscle *demi-tendineux* de la cuisse. Galien parle de la rupture du muscle demi-membraneux sur un coureur. (3). J'ai observé aussi la rupture du ligament *rotulien* par suite d'une chute sur le genou. Ce n'est que dans une contraction violente des muscles que la *rupture* spontanée d'un tendon peut avoir lieu. Cela n'a rien qui doit étonner, car ne sait-on pas que la contraction musculaire seule suffit quelquefois pour casser un os très-résistant? La rotule, l'olécrâne, le calcanéum, l'humérus et même le fémur, ont été vus se fracturer par le seul effet de la contraction des muscles (1). On a quelquefois vu la rupture d'un ou de plusieurs tendons par suite d'une luxation, ou des efforts faits pour la réduire.

La *division des tendons* par instrument tranchant s'observe assez fréquemment, surtout à la main et au pied, où les tendons sont, pour ainsi dire, *par paquets*. On l'observe beaucoup plus rarement dans les autres régions du corps. J'ai vu cependant une fois le tendon d'Achille coupé par un coup de sabre.

Qu'un tendon ait été facilement *rompu* par action musculaire, ou bien qu'il ait été divisé par l'action d'un instrument vulnérant, le traitement est toujours le même. Deux indications principales se présentent dans le traitement de ces lésions: 1° mettre les parties divisées dans un rapprochement parfait; 2° les y maintenir. On remplit cette double indication à l'aide de la *position* et de bandages convenables. La *position* à donner aux membres dont le tendon est divisé, doit être celle que le muscle du tendon blessé donnerait au membre en se contractant. Ainsi, si le muscle est fléchisseur, on placera la partie dans la flexion: s'il est extenseur, dans l'extension: s'il est adducteur, dans l'adduction, etc. C'est par cette position, en effet, que les deux bouts du tendon divisé peuvent se rapprocher et se mettre en contact. Je suppose, par exemple, qu'un coup de sabre ou de couteau divise les tendons qui passent sur la face dorsale ou palmaire de la main; comme les tendons lésés dans le premier cas sont les extenseurs, l'on placera la main dans une forte extension, ainsi qu'on le verra dans une des observations qui suivent. Pour les tendons de la paume de la main, cette partie sera posée dans une forte flexion sur l'avant-bras. On en fera autant pour le tendon d'achille, pour celui du crural antérieur, etc.; c'est-à-dire, dans le premier cas, on mettra le pied dans une forte extension sur la jambe, et la jambe dans la flexion sur la cuisse; tandis que dans le second la jambe sera étendue sur la cuisse, et celle-ci fléchie sur le bassin.

Le bandage, dans ces cas, doit être unissant et solide; c'est ce qu'on obtient à l'aide de bandelettes agglutinatives s'il y a plaie, de bandes artistement posées, d'attelles, etc. Appliquons ces principes à la pratique.

Ier *Fait.* — Dans le mois de décembre dernier, une domestique, âgée de 20 ans, se coupa les tendons des extenseurs des doigts, en tombant avec une cruche. Elle présentait une plaie de deux pouces et demi sur le dos de la main droite. Impossibilité de mouvoir les trois doigts du milieu. Avec un stylet boutonné, on put faire sortir de la plaie les bouts des tendons divisés. M. Breschet, aux soins duquel la malade était confiée, salle Saint-Côme, plaça la main dans une forte extension à l'aide d'une palette de bois et de plusieurs bandes et compresses qui relevèrent fortement les doigts en arrière. Bandelettes agglutinatives sur les bords

(1) *Ibid.*
(2) *Ibid.*
(3) Galien, *Administr. anat.*, lib. 2, chap. 4.

(1) Monteggia a vu un homme de cinquante ans se fracturer une côte dans une forte quinte de toux. — Un domestique se cassa le bras dans l'acte de tirer les bottes à son maître. — Une dame eut aussi le bras cassé par action musculaire, en donnant, dans un moment de colère, un *soufflet* à sa femme de chambre, qui était derrière elle et qui la coiffait. (Monteggia, *Instituz. chirurg.*, t. IV, p. 70.)

de la plaie ; compresses graduées, etc. La plaie guérit en quinze jours, par première intention. Les doigts ont complétement recouvré leurs usages.

IIe *Fait.* — Dans le mois de juin 1830, un homme, âgé de 36 ans, fort de constitution, se présenta à la consultation de Boyer, à l'hôpital de la Charité, pour l'impossibilité qu'il éprouvait d'étendre la jambe du côté droit. Ce malade raconta ainsi l'histoire de son mal. Depuis trois mois il avait éprouvé un *craquement douloureux et subit* à la partie latérale interne du genou, pendant une forte extension de la jambe. Depuis cette époque, impossibilité d'alonger la jambe sans douleur vive dans la partie mentionnée. Il marchait avec des béquilles, le genou plié et élevé en avant et en haut. Le *toucher*, dans la partie douloureuse du genou, n'apprenait rien. Boyer caractérisa le mal pour une rupture, *non réunie*, du tendon du muscle demi-tendineux. (*Prescription* : tenir le genou et la partie inférieure de la cuisse constamment bandés, afin de donner aux muscles un point d'appui; garder pendant quelque temps le repos au lit ; puis essayer de marcher en étendant graduellement le membre.

IIIe *Fait.* — Un individu eut le tendon d'Achille coupé par un coup de sabre. M. Dupuytren appliqua un paillasson très-épais à la partie antérieure de la jambe et du pied qu'il soutint avec une attelle par dessus, et une bande. La jambe avait été bandée en doloire d'abord. Le membre fut couché sur le côté externe et dans la demi-flexion. Le pied se trouvait ainsi en extension permanente, et les bouts du tendon d'achille étaient en contact. Tout l'appareil avait la figure d'une *botte à postillon.* — *Guérison parfaite.*

Je pourrais rapporter ici un grand nombre de faits de ce genre que j'ai observés moi-même ; mais leur exposition n'ajouterait rien aux préceptes que je viens de poser et d'appliquer dans le traitement des lésions traumatiques des tendons. Je me contenterai donc de clore ce mémoire, en faisant observer, 1° que la pratique des anciens chirurgiens, et même de quelques modernes, qui veulent qu'on affronte les tendons divisés par des *points de suture*, est à-la-fois *inutile et dangereuse ;* 2° que dans un cas de rétraction d'un orteil, Boyer divisa le tendon retiré afin d'étendre l'orteil : celui-ci fut étendu en effet ; mais quelques jours après le tendon divisé s'était réuni, l'orteil revint dans le même état. Boyer pratiqua de nouveau l'opération, *excisa une portion* du bout supérieur du tendon, et l'orteil resta dans l'extension naturelle. Ce fait, et une multitude d'autres analogues, prouve donc que les tendons divisés peuvent *se réunir* comme toute autre partie molle du corps, si leurs bouts sont en contact parfait ou presque parfait. 3° La réunion se fait, proportion gardée, *plus tôt* dans les gros tendons que dans les petits (1).

(1) On voit bien, d'après ce qui précède, que je n'ai eu d'autre but dans cette note que de traiter seulement *d'une manière générale* des lésions traumatiques des tendons. Ce qui regarde les *ruptures* du tendon d'achille formera l'objet d'un second mémoire.

Recherches sur quelques points de l'histoire de la chorée chez les enfans,

Par M. RUFZ,

interne à l'hôpital des Enfans.

« Après avoir parcouru tant d'ouvrages publiés sur la chorée ou danse de Saint-Guy, il résulte de cette recherche un sentiment pénible ; c'est la conviction intime que les travaux des savans médecins qui s'ent sont occupés n'ont pas eu un résultat uniforme sur la nature de cette maladie, sur les caractères de ses symptômes pathognomoniques, de telle manière qu'on peut regarder la collection de faits concernant cette maladie, épars dans une foule d'observations, comme un amas confus et embarrassant de matériaux bruts dont l'artiste ne peut faire l'emploi auquel il les destine. » (Bouteille, *Traité de la chorée.* 1810.)

Ce jugement, porté par Bouteille en 1810, je puis le répéter en cette année 1834, et je puis comprendre parmi les auteurs dont parle Bouteille, Bouteille lui-même et le livre dans lequel il a inscrit son reproche, bien que ce livre soit un des plus raisonnables qui aient été écrits sur la chorée.

Et moi qui ose critiquer mes prédécesseurs, dans quelques années, dans quelques mois, peut-être, je ne serai point traité avec plus de retenue! ainsi va la science ! Heureux qui peut assurer à sa parole plus de quelques heures de crédit !

La chorée est une affection qui consiste en des mouvemens irréguliers et involontaires plus ou moins prononcés des différentes parties du corps, principalement des membres. Cette affection se révèle par des symptômes si caractéristiques qu'il n'est besoin d'aucune recherche pour la reconnaître. Il n'est en outre que très-peu de maladies qui puissent être confondues avec elle. De cette impossibilité de commettre une méprise dans le diagnostic de la chorée, il en est résulté l'avantage que nous avons pu consulter les registres de l'hôpital des Enfans, avec quelques confiance, pour établir sur une échelle assez étendue la fréquence de la chorée par rapport à l'âge et par rapport au sexe chez les enfans.

Des causes de la chorée.—Sur 32,976 malades admis à l'hôpital des Enfans, pendant les dix années 1824 à 1833 (1), 189 étaient affectés de chorées.

Cette affection n'est donc ni rare ni commune dans l'enfance.

51 étaient des petits garçons ;
138 des petites filles.

Cette disproportion entre les sexes est si frappante, qu'elle

(1) Ces 32,976 malades étaient ainsi répartis :

17,213 garçons ;
15,763 filles.

Ainsi, on trouve un cas de chorée sur 377 malades.

Pour les filles. 1 sur 114.
Pour les garçons. 1 sur 174.

a été signalée sans appréciation numérique par tous ceux qui ont écrit sur la chorée (1).

Relativement à l'âge, nous avons établi le tableau suivant :

De 1 à 4 ans.	— 3 garçons.	— 2 filles.
4 à 6	— 2	— 3
6 à 10	— 16	— 45
10 à 15	— 30	— 88

Ainsi l'âge de 6 à 15 ans est, sans contredit, chez les filles comme chez les garçons, l'âge auquel les enfans sont le plus fréquemment atteints de la chorée. Suivant Sydenham et Bouteille, c'est l'âge de 10 à 14.

Il paraitrait que dans les premières années de la vie la chorée n'existe pas. Billard n'en cite aucun fait dans son *Traité des maladies des enfans*. Baumes, Underwood gardent le même silence. Cette maladie, suivant Bouteille, n'attaque pas la tendre enfance. Et dans les tableaux que nous avons donnés, à peine en compte-t-on quelques exemples avant l'âge de six ans.

La plus grande fréquence de la chorée vers l'approche de l'âge de la puberté avait fait généralement considérer cette affection comme le résultat d'une puberté difficile. Ainsi, dit Bouteille, « On doit considérer la chorée moins comme un état contre-nature que comme une puberté difficile à établir : de ce principe une fois établi, dérive comme conséquence nécessaire l'utilité de la saignée pour remédier à la pléthore sanguine. » Cullen, Bosquillon, Sydenham, Pinel, sont du même avis.

Il s'en faut cependant beaucoup que notre tableau des âges confirme cette assertion si décidée. Dans ce tableau la chorée est presque aussi fréquente de 6 à 10 ans, que de 10 à 15. Or, dans le climat de la France, la menstruation, cette aurore et cette compagne de la puberté, comme l'appelle Bordeu, se manifeste plus souvent après qu'avant quinze ans; et peut-on rapporter à une cause la manifestation d'un mal trois ou quatre ans avant l'existence de cette cause? Il est vrai qu'à l'hôpital des Enfans, le nombre des filles admises entre 10 et 13 ans est plus considérable qu'entre 13 et 16. Mais je ne me souviens pas que, dans les grands hôpitaux que j'ai fréquentés, le nombre des choréiques admis entre 15 et 16 fut assez grand pour laisser dans mon esprit quelque doute à cet égard. C'est d'ailleurs une vérification numérique qui peut être faite sur les registres.

Des constitutions. — De 18 enfans chez lesquels la constitution a été notée avec soin, nous trouvons que 15 sont plutôt maigres que gras, plutôt faibles que forts; trois jeunes filles de 13 à 16 ans étaient évidemment robustes; la plupart de ces enfans étaient blonds ou châtains, mais deux étaient très-bruns.

Parmi les autres causes de la chorée, la peur est une des plus fréquemment accusées. Sur 18 malades, onze fois la maladie était attribuée par les parens à la peur. Et dans certains cas il est bien difficile en vérité de ne pas croire à l'influence de cette cause. Une petite fille de 10 ans, parfaitement bien portante, est poursuivie à l'entrée de la nuit par un homme, au moment où elle sortait de l'école. Le lendemain matin, elle est prise de mouvemens choréiques.

Un jeune garçon de 11 ans entend le 27 juillet 1833, les coups de canon tirés de quart-d'heure en quart-d'heure en l'honneur des combattans morts pour la révolution. On lui fait accroire qu'on se bat dans Paris comme en juillet 1830, et que son frère, qui est absent, est allé pour se battre. L'enfant fut saisi d'une grande crainte qui se renouvelait à chaque coup de canon, et avant la fin du jour il était pris de mouvemens choréiques.

Mais en d'autres cas, l'influence de la peur nous a paru moins appréciable, comme, par exemple, lorsque cette peur avait été ressentie quinze jours ou trois semaines avant l'apparition des mouvemens choréiques. D'autres fois la cause était trop frivole pour qu'elle eût pu déterminer la chorée. Ainsi une jeune fille de 14 ans avait eu peur parce qu'elle avait marché sur un chat; une autre, parce qu'une de ses compagnes lui avait frappé sur l'épaule par surprise. Il est probable que dans des cas pareils, comme M. Guersent l'enseigne, ce n'est pas la peur qui cause la chorée, mais c'est la disposition à cette maladie qui rend les enfans très-faciles à s'effrayer.

Chez sept enfans la chorée s'était développée sans aucune peur.

Hérédité. — Sur nos 18 cas de chorée, aucunes fois ni les pères ni les mères des enfans n'avaient été atteints de chorée dans leur jeunesse, et deux fois seulement nous avons trouvé deux choréiques dans la même famille. C'étaient deux petites filles qui avaient chacune une sœur atteinte aussi de chorée. Elles avaient d'autres sœurs qui n'offraient aucune marque de cette affection; et ici, je le répète encore, le diagnostic de la chorée est si facile dans la grande majorité des cas; cette maladie, par sa singularité, frappe si bien l'attention des personnes les moins attentives, que son histoire est une de celles dans lesquelles on pourrait, avec des détails convenablement recueillis, poursuivre les recherches sur l'influence héréditaire des maladies.

De l'imitation. — On a dit que l'imitation pouvait déterminer la chorée, comme il arrive pour le bâillement et pour l'hystérie; outre qu'un pareil fait ne s'est jamais accompli sous mes yeux, je tiens de tous les médecins de l'hôpital des Enfans qu'ils n'en ont pas été non plus les témoins. Cependant l'hôpital des Enfans reçoit annuellement un assez grand nombre d'enfans choréiques; ceux-ci sont placés à côté des autres enfans atteints de différentes maladies ou bien convalescens; or, il est inouï que la chorée se soit développée à l'hôpital, par imitation (1).

Trois fois parmi les 18 cas, la chorée s'était déclarée à la suite d'une autre affection plus ou moins grave, au dire des parens. Cependant bien que nous ayons eu en observation

---

(1) Je crois cependant que la plupart des praticiens n'avaient pas crus les garçons affectés de chorées, en proportion aussi considérable.

(1) Comment cependant expliquer autrement que par la chorée ces convulsions qui se propageaient d'une façon si rapide dans l'hôpital de Harlem, que Boerrhaave, pour les arrêter, fut obligé de menacer du cautère actuel les enfans qui en étaient agités !

un grand nombre d'enfans atteints de différentes maladies pendant un séjour de deux ans à l'hôpital des Enfans, jamais nous n'avons vu la chorée se développer à la suite de ces maladies.

Puberté. — Ce que nous avons dit, à l'article des âges, a dû ébranler un peu l'opinion généralement admise de l'influence de la puberté sur le développement de la chorée, il nous faudrait vérifier si vraiment l'apparition des règles contribue à faire disparaître les chorées opiniâtres qui ont résisté à tous les autres moyens : c'est malheureusement ce que nous sommes hors d'état de pouvoir constater, notre observation n'ayant eu lieu que sur des enfans âgés de moins de 15 ans.

Aucun des enfans, sur lesquels nous avons pu recueillir des renseignemens, n'avait reçu de coups ni fait aucune chute sur la tête.

Aucun ne rendit de vers (bien qu'il leur fût administré de la valériane et des purgatifs) : chez d'autres au contraire nous avons trouvé des ascarides lombricoïdes en une quantité prodigieuse, jusqu'à 100 ou 150, et ceux-là n'étaient pas choréiques.

Pour apprécier l'influence des travaux intellectuels sur le développement de la chorée, nous avons interrogé quelques-uns des instituteurs et quelques-unes des institutrices les plus célèbres de Paris, et quelques médecins de leurs institutions, notamment M. le docteur Alard, médecin de la maison royale de Saint-Denis, et M. Husson, médecin du collège royal de Louis-le-Grand. Il est résulté de ces renseignemens que la chorée est une affection très-rare dans les pensionnats de Paris. M. le docteur Alard, dans une pratique de 22 ans à la maison royale de Saint-Denis, n'a eu que cinq ou six fois occasion d'observer cette maladie. M. Husson ne l'a pas vue une seule fois.

Tous ces praticiens, si répandus, croient que peut-être la chorée est plus fréquente chez les enfans élevés dans leur famille : cette proposition ne repose d'ailleurs que sur leurs souvenirs.

Hippocrate, et tous les auteurs grecs, n'ont point parlé de la chorée : je n'en ai trouvé qu'une seule observation rapportée par un auteur italien, M. le docteur Strambio. Au contraire, une infinité d'auteurs anglais, Sydenham, Cullen, Baillie, Wight, Méad, Dotwers, Fothergill, etc.; beaucoup d'Allemands, Félix Plater, Dchaen, etc., beaucoup de Français, ont écrit sur cette maladie. Du silence que gardent sur la chorée les médecins habitant les climats du midi de l'Europe, et de l'attention au contraire que ceux qui habitent le nord ont donnée à cette affection, j'ai été conduit à penser que cette affection pouvait être assez fréquente dans les climats chauds et rare dans les climats plus froids. Pour éclairer ce fait, j'ai consulté plusieurs médecins qui ont pratiqué dans les climats de la Zône-Torride. M. le docteur Dariste, aujourd'hui député de la Gironde, m'a répondu que, durant une pratique de trente ans à la Martinique, il n'avait vu aucun cas de chorée ni sur de petits nègres, ni sur de petits blancs. M. le docteur Garnot, qui a pratiqué dans la même colonie, et M. Rocboux qui a pratiqué à la Guadeloupe, sont aussi d'accord avec M. Dariste. M. Chervin, qui a parcouru toutes les Antilles à l'occasion de ses travaux sur la fièvre jaune, n'a jamais vu aucun cas de chorée.

Ce résultat, obtenu sur la fréquence de la chorée dans les climats chauds et dans les climats froids, serait-il en rapport avec les saisons dans un même climat, en France, par exemple ? Voilà ce que nous avons encore essayé d'établir. Or, les 189 cas de chorée, observés pendant dix ans, et repartis suivant les mois de l'entrée des sujets à l'hôpital des Enfans, fournissent le tableau suivant :

Janvier, c.-à-d. pendant 10 mois de janvier.		13
Idem. —	Février.	13
	Mars.	15
	Avril.	16
	Mai.	17
	Juin.	21
	Juillet.	13
	Août.	20
	Septembre.	19
	Octobre.	18
	Novembre.	9
	Décembre.	15

Les nombres sont ici très-variables. On ne pourrait arrêter aucune conclusion. Il semblerait pourtant, d'après ce tableau, que les mois les plus chauds ont été les plus favorables au développement de la chorée.

Je prévois qu'il pourrait m'être objecté que l'époque de l'entrée des malades à l'hôpital peut n'être pas l'époque du développement de la maladie : mais je ferai remarquer que cette cause d'erreur existant pour tous les mois et cela pendant dix ans, il y a compensation, et la proportion entre les mois n'en est aucunement changée.

Il paraîtrait, d'après le récit de quelques historiens, que la chorée a régné quelquefois épidémiquement. Ainsi les soldats de Germanicus, au dire de Pline, contractèrent sur les bords du Rhin la *scelotyrbé*. C'est ainsi que les anciens désignaient la chorée. Mézeray la fait régner épidémiquement dans la Hollande, en 1373 (*Vie de Charles V*). Cullen en cite aussi une épidémie.

Tout récemment M. le docteur Hecker, professeur à l'université de Berlin, auteur de recherches sur l'histoire des principales épidémies qui ont désolé le monde, a rappelé plusieurs exemples d'épidémies de chorée.

Mais rapporter, ainsi qu'il le fait, à la chorée les danses régulières des coryhantes et des prêtres saliens, les danses de la Saint-Jean d'été (au moyen âge), les *revivals* des méthodistes, c'est pousser un peu trop loin l'analogie. Il n'est pas jusqu'aux pauvres Saint-Simoniens que M. Hecker considère aussi comme des choréiques, à cause de quelques-unes de leurs opinions sur la danse et sur la musique.

Enfin, au siècle où nous sommes, il n'est pas besoin de prouver que la chorée n'est pas le résultat de sortilèges ni de maléfices ; cependant cette opinion a été pendant longtemps généralement admise. Toutes les médications étaient dirigées d'après cette indication. La guérison en était abandonée aux prêtres qui y procédaient par exorcismes.

Paracelse, qui le premier imagina de recourir à quelque moyen thérapeutique en même temps qu'il prescrivait les

jeûnes, une discipline sévère, les mortifications, les bains froids, recommandait de se procurer une petite image de cire à laquelle on devait imprimer en pensée tous les péchés que l'on avait commis, et que l'on brûlait ensuite. Jusqu'au 17e siècle, les pélerinages aux chapelles de Saint-Jean et de Saint-Guy à Biessen et à Wesenweller, dans le Brisgaw, étaient fort renommés pour la guérison de la chorée; de là le nom de danse de Saint-Guy conservé à cette maladie.

Il nous semble que c'est à tort que l'on a rangé Sennert parmi ceux qui ont attribué la chorée aux puissances infernales. Il est vrai qu'en parlant de la chorée, il a dit: *Subesse quoque vim interdum superiorem et à demone, talia deo permittente proficisci credibile est;* mais immédiatement après Sennert ajoute: *Impossibile tamen etiam non est à naturali causa hæc symptoma provenire et faciliùs hoc credit qui ea leget quæ de tarentulæ morsu scribit Mathiolus.* En effet, après avoir rapporté les étranges effets qui sont attribués à la piqûre de la tarentule, Sennert conclut: *Hoc itaque si demorsis à tarentula accidit non absurdum est viti choream, quæ non parvam cum hoc affectu similitudinem habere videtur, etiam à naturali causa ortum habere posse.* N'est-il pas évident que Sennert n'admettait les causes occultes que par condescendance pour les superstitions de son siècle, et que son intention secrète était au contraire de les combattre? N'est-ce pas ainsi qu'ont procédé tous les esprits supérieurs du 16e et du 17e siècles, même Descartes! Faisons la part des temps; ne calomnions pas ces pères de la science!

Des symptômes. — Les mouvemens choréiques sont quelquefois bornés à un des membres seulement; d'autres fois non seulement tous les membres en sont agités, mais le tronc, la face, tout le corps sont dans un mouvement perpétuel. Au début de la chorée, les mouvemens encore peu décidés auxquels se livre l'enfant, sont ordinairement attribués par les parens à des grimaces volontaires, et les pauvres enfans réprimandés, menacés, battus même, sont souvent victimes de l'ignorance de leurs parens! Dans quelques cas, l'invasion des mouvemens choréiques paraît se faire plus brusquement. (*Voy.* les observations citées, page 218.)

Ewart, Dehaën et Gardane ont observé que la chorée affecte plus souvent le côté gauche que le côté droit. Mes observations sur ce point sont tout-à-fait d'accord avec la leur, ainsi qu'il est établi dans le tableau suivant.

Sur 25 cas de chorée:

Neuf fois la chorée était générale, c'est-à-dire, qu'elle occupait tous les membres supérieurs et inférieurs, le tronc et la face.

Cinq fois elle occupait les deux membres supérieurs, les membres inférieurs ne participant dans ces cas aucunement au désordre des mouvemens.

Cinq fois, les membres gauches;

Une fois, les membres droits;

Quatre fois, le bras gauche;

Une fois, le bras droit.

Deux fois, dans les cas de mouvemens généraux, ces mouvemens étaient plus prononcés à gauche qu'à droite.

Ces résultats ont été constatés avant que je connusse l'opinion de Dehaën et des deux autres auteurs.

Je n'ai jamais vu la chorée bornée aux membres inférieurs: cette circonstance est une de celles qui différencient la chorée des affections encéphaliques, dans lesquelles (comme l'apoplexie et le ramollissement) la paralysie des membres inférieurs est plus fréquente et plus persistante.

Les mouvemens choréiques sont si irréguliers, qu'on ne saurait les comprendre dans aucune description. Ils consistent en saccades brusques, tantôt fortes, tantôt faibles, séparées, par des intervalles de repos très-inégaux: on ne saurait arrêter ces mouvemens en comprimant les muscles. Ils sont tout-à-fait involontaires. Les mouvemens volontaires sont encore possibles, mais ils ont perdu de leur force et de leur précision. Ainsi les doigts ne peuvent plus serrer aussi fortement, et laissent échapper les objets qu'on leur présente.

Les bras sont-ils le siège des mouvemens? ces membres sont portés en mille sens divers. Devant et derrière la tête, sur les fesses et sur le ventre, à droite et à gauche, le malade ne peut les diriger d'une façon droite et assurée vers le point qu'il veut atteindre. Aussi devient-il inhabile à s'en servir même pour les usages les plus ordinaires de la vie. Il ne peut saisir un verre rempli de liquide ni le porter à sa bouche sans en renverser le contenu; et seulement, dit Sydenham, après mille gesticulations, faisant plusieurs aberrations et écarts à la manière des histrions. Il ne peut écrire, il ne peut coudre; souvent même il ne peut manger lui-même, et l'on est obligé de lui présenter les alimens comme à un très-jeune enfant (1).

Lorsque les jambes participent aux mouvemens choréiques, si l'agitation n'est pas considérable, la marche des malades en prend un air déginandé; en même temps qu'ils tirent la jambe ils lui font décrire un demi cercle, *fatuorum more* (dit Sydenham), à la façon des idiots, sans détacher le pied de dessus le sol, *en fauchant*, et comme pour monter une colline. L'agitation peut être telle, que toute progression devienne impossible; alors les malades sont obligés de rester couchés. Si en même temps que les bras et les jambes, le tronc participe à l'agitation choréique, le désordre du mouvement peut être si considérable, que les malades sont tenus avec peine, même dans le lit. Les draps constamment débordés sont rejettés çà et là. Nous avons vu alors maintefois des enfans entraînés hors de leur lit, se débattre en tous sens, se tordre par terre, s'enfoncer sous les meubles dans les coins et recoins de l'appartement; et nous concevons aisément que dans les temps de superstition, à la vue d'une pareille extravagance, les pauvres humains agités par la chorée aient paru en proie aux démons.

Souvent aussi les muscles de la face, des yeux et de la langue ajoutent au désordre de la chorée générale ou bien constituent une chorée partielle: les yeux sont dans une rotation continuelle; les lèvres sont fermées ou béantes; le malade tire la langue involontairement. Toute la face est dans une grimace continuelle. L'articulation des mots en est quelquefois empêchée, et la production des sons gutturaux singulièrement modifiée. C'est dans ce cas que la voix a pré-

(1) Les enfans ainsi agités sont assez semblables aux *pantins* que l'on fait mouvoir avec une ficelle.

senté quelquefois des caractères avec l'aboiement du chien ou le cri de quelques autres animaux.

Au trouble de la motilité se joint un trouble aussi remarquable de la sensibilité morale; à mesure que les malades s'agitent ils pleurent, poussent des cris, s'épouvantent aux moindres surprises.

Presque toujours l'agitation choréique augmente d'intensité lorsque les malades s'aperçoivent qu'ils sont l'objet de l'attention des autres personnes; il n'est pas rare que des mouvemens très-légers ne deviennent alors très-prononcés. Il en est de même lorsque les choréiques sont agités par d'autres passions, surtout la colère.

Cette agitation cesse d'ordinaire avec le sommeil, mais elle recommence toujours avec le réveil, et j'ai plusieurs fois remarqué que le réveil était précédé du retour des mouvemens. Cependant lorsque l'agitation est extrême, les enfans dorment fort peu.

Une chose bien singulière, c'est que les enfans atteints de la chorée ne paraissent aucunement fatigués de cette perpétuité de mouvement. L'heure de leur sommeil n'en est pas avancée. La plupart n'éprouvent aucune douleur dans les membres; cependant, deux jeunes filles de 14 ans se sont plaint d'éprouver des douleurs dans les articulations du coude et des poignets.

Les enfans choréiques n'éprouvent pas non plus de céphalalgie, ainsi que l'attestent MM. Serres et Lisfranc, ni en avant ni en arrière de la tête; ils conservent l'entier exercice de leurs sens et de leurs facultés intellectuelles. Je tiens cependant de la bonne et excellente madame Desfours, religieuse dans les salles de l'hôpital des Enfans, (1) modèle des religieuses! que les enfans choréiques sont plus difficiles à gouverner que les autres enfans, qu'ils sont plus querelleurs et plus capricieux.

Nous n'avons jamais observé aucun trouble des autres fonctions qui, par sa répétition dans les cas de chorée, puisse être considéré comme une dépendance de cette affection. Nous n'avons notamment jamais rencontré ces palpitations et ces douleurs cardialgiques accusées par quelques auteurs.

Je dois enfin ajouter, que dans 10 cas de chorée dans lesquels nous avons essayé de noter les différences que le temps sec ou le temps pluvieux, le chaud ou le froid pouvaient apporter aux mouvemens choréiques, les variations de l'atmosphère n'ont paru aucunement modifier les mouvemens.

La durée du séjour des choréiques à l'hôpital, calculée sur les 189 cas, fut de 31 jours, terme moyen.

Telle est l'histoire de la chorée récente, de celle qui, débutant tout d'un coup ou lentement, reste au même degré ou se prononce davantage, et finit par disparaître au bout d'une semaine, ou après un ou deux mois, soit sous l'influence d'un traitement, soit sans traitement aucun.

La chorée chronique est celle qui se prolonge indéfiniment, et qui résiste à l'emploi de tous les moyens thérapeutiques. Dans ces cas il est sans exemple pour nous que le désordre ait été porté aussi loin que dans certains cas de chorée récente; la plupart des chorées chroniques sont partielles; nous en avons vu cependant de générales.

Mais une chose qui nous a frappé, c'est que sur quatre cas de chorée que nous possédons et dont le début remontait à un âge très-jeune, deux sont restés des chorées chroniques.

Les phénomènes de la chorée chronique sont les mêmes que ceux de la chorée aiguë; c'est dans ces cas que les chairs des membres deviennent flasques et molles.

Dans deux cas de chorée chronique, nous avons vu des symptômes d'idiotisme coïncider avec la maladie; mais dans d'autres cas, nous avons vu les enfans choréiques rester tout aussi intelligens que les autres.

La chorée est sujette à des récidives plus ou moins rapprochées, et plus ou moins multipliées. J'en ai compté jusqu'à six chez une jeune fille de 14 ans. Selon Sydenham, les récidives arrivent l'année suivante à pareille époque du début. Bouteille parle d'un cas de chorée qui commençait tous les jours à midi pour finir à six heures du soir. J'ai été témoin d'un fait pareil sur une jeune fille à l'hôpital des Enfans.

Des complications de la chorée. — Dans l'immense majorité des cas, la chorée est une affection exquise, sans même complication d'aucun mouvement fébrile.

Nous avons vu dix ou douze fois les enfans choréiques (mais pas néanmoins en plus grande proportion que les autres), être pris de quelque éruption intercurrente, variole, scarlatine, ou rougeole (*Voyez* les observations citées 1, et 2), ou de quelques autres affections aiguës, pneumonie, péritonite (*Voyez* l'observation 4).

Chose singulière, ces complications n'ont jamais exercé aucune influence sur la durée ni sur l'intensité de la chorée. Cette affection nous a présenté, pendant et après la maladie intercurrente, les mêmes caractères: ceci peut être embarrassant pour la théorie des dérivateurs!....

Suivant M. Guersent, la marche d'une maladie aiguë grave qui survient chez un sujet affecté d'une maladie choréique, en reçoit une influence notable: cette maladie tourne rapidement à l'adynamie. L'observation n° 2 vient à l'appui de cette opinion, mais je pourrais lui opposer plusieurs cas de rougeole chez des individus ayant des affections choréiques et qui ont été suivis de guérison.

Les divisions de la chorée en partielle et en générale, en récente et en chronique, sont les seules qui peuvent être admises. La division en chorée essentielle et chorée symptomatique, établie par Bouteille, est une des causes de la confusion qui règne dans son livre, parce qu'elle permet de confondre avec la chorée une infinité d'autres maladies tout-à-fait différentes.

Diagnostic. — La chorée par elle-même est facile à reconnaître. Une des difficultés de son diagnostic n'est pas qu'elle puisse échapper à l'attention de l'observateur, mais c'est qu'on peut la confondre avec d'autres affections qui présentent avec elle des dissemblances très-notables. Ainsi, en parcourant les observations consignées dans les recueils scientifiques sous le titre *Chorée*, il en est un bon nombre qu'une saine critique ne pourrait raisonnablement rapporter à cette affection, parce que tous les mouvemens *choréiques*, tous

(1) Tous ceux qui ont fréquenté l'hôpital des Enfans, me sauront gré de rappeler à leur souvenir cette femme excellente.

les tremblemens nerveux ne sont pas des chorées. Ainsi le fait suivant qui s'est offert à moi, ne me paraît pas une chorée véritable.

Obs. — François Chaillot, âgé de 10 ans, né à Versailles, entra à l'hôpital des Enfans, le 20 avril 1833. C'est un enfant d'une constitution robuste; ses muscles sont très-développés, fermes; il a de l'embonpoint; le teint et les cheveux sont bruns. Il présente dans tout le côté gauche un tremblement continuel sans saccades, plus prononcé dans le membre supérieur que dans l'inférieur. Malgré ce tremblement, il peut très-bien marcher, courir, saisir les objets et les retenir, toujours en tremblant. Sa santé est très-bonne; toutes ses fonctions sont très-régulières. Il porte, à la partie postérieure et supérieure de l'épaule gauche, une tumeur arrondie, globuleuse, avec fluctuation évidente. Le tremblement existe depuis trois ans, il s'est manifesté sans aucune cause appréciable; la santé de l'enfant depuis sa naissance a toujours été bonne. François Chaillot a été déjà traité comme atteint de chorée par plusieurs médecins.

Pendant le séjour qu'il fit à l'hôpital jusqu'au 25 juin 1833, il fut soumis encore aux différentes médications employées contre la chorée: les bains, la valériane, les pilules de Meglin. Le tremblement résista à tous ces moyens. L'abcès, dont l'existence ne fut constatée que lors de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, s'ouvrit, donna écoulement à un pus séreux, puis fut entièrement cicatrisé; mais le tremblement ne cessa point, et l'enfant sortit non guéri.

Assurément, on ne saurait voir, ni dans la forme de ce tremblement, ni dans les autres symptômes qui l'accompagnent, (la persistance de la force musculaire par exemple), ni dans la marche opiniâtre de la maladie, rien qui rappelle la chorée. Si on se demande quelle est la cause de ce tremblement, il n'y a d'autre réponse à cette question, que la répétition simple du fait. Avec les symptômes existans, on ne peut pas remonter à la cause. Peut-être aurait-on pu soupçonner l'abcès; mais comme le tremblement avait lieu dans les membres inférieurs et dans les supérieurs, il est évident que l'abcès n'y était pour rien.

Des altérations anatomiques. — Il faut d'abord reconnaître que la chorée n'étant pas une affection mortelle, il n'est pas étonnant que la science ne possède qu'un petit nombre de faits dans lesquels il a été possible de procéder à quelques recherches anatomiques sur la nature de cette maladie. Sur les 189 cas de chorée reçus à l'hopital des Enfans, pendant 10 ans, les registres attestent que 13 n'en sortirent pas et succombèrent probablement à quelque affection intercurrente. La rareté de faits pareils m'a engagé à consigner ici tout au long ceux que j'ai eu occasion de recueillir, bien qu'il n'en ressorte que des résultats négatifs.

Outre les quatre faits que je cite, M. le docteur Gerhard de Philadelphie, et M. Hache, interne à l'hôpital des Enfans, m'ont communiqué deux autres faits dans lesquels il n'a été trouvé, ni dans l'encéphale, ni dans la moelle épinière, ni dans leurs enveloppes, aucune lésion qui pût être rapportée à la chorée. Ainsi voilà donc six faits négatifs après un examen détaillé de tous les organes.

J'ai dû parcourir les meilleurs recueils scientifiques depuis que l'anatomie pathologique est cultivée.

J'ai trouvé dans le tome 8 des *Archives*, année 1825, pag. 273, que le docteur Prichard, médecin anglais, ayant eu l'occasion d'examiner anatomiquement trois jeunes choréiques, trouva chez tous les trois une quantité de sérosité assez considérable dans la cavité méningienne du rachis, avec injection des vaisseaux de la moelle épinière, d'où il conclut que la cause des mouvemens irréguliers qu'on observe dans la chorée réside dans la moelle épinière. Mais ces faits sont seulement indiqués, et ne sont accompagnés d'aucuns détails qui puissent les faire apprécier. Il serait important, par exemple, de savoir si le docteur Prichard avait l'habitude d'observer chez des enfans, et si la quantité de sérosité dont il parle est relative à celle que l'on rencontre ordinairement sur les cadavres des enfans, ou bien sur ceux des adultes. Généralement, la sérosité est plus abondante chez les premiers que chez les seconds. La seule circonstance à laquelle M. Louis ait pu rattacher l'infiltration séreuse des méninges, si fréquente, même chez les adultes, est relative à la durée de l'agonie.

Dans une des séances de l'Académie de médecine, M. Serres annonça qu'il possédait trois faits de chorée avec inflammation des tubercules quadrijumeaux; mais c'est là une assertion jettée dans la science, sans description, sans preuve, et fondée uniquement sur le témoignage de M. Serres. D'ailleurs, ce même praticien annonçait en même temps qu'il possédait un plus grand nombre de faits sans aucune altération appréciable.

Dans le 43e *Bulletin de la Société anatomique*, M. Monod rapporte que, chez deux sujets affectés de chorée, il trouva une hypertrophie très-remarquable de la substance corticale, tant dans la masse encéphalique que dans la moelle, avec injection de leurs membranes. « La substance grise des circonvolutions me frappa, dit-il, par son abondance, sa couleur, et sa consistance beaucoup plus ferme que de coutume; elle formait une couche fort épaisse, surtout en arrière et sur les côtés des hémisphères. Un grand nombre de circonvolutions semblaient presque entièrement formées de cette substance. La substance blanche était réduite à une lamelle à peine visible. La couleur de la couche corticale était d'un gris rougeâtre très-foncé, et tranchait vivement avec celle de la substance médullaire. Un pointillé rouge, très-abondant, indiquait une injection considérable des vaisseaux cérébraux; les ventricules ne contenaient presque pas de sérosité; les veines de Galien étaient fortement distendues par le sang; le cerveau était du reste parfaitement sain; le cervelet offrait une injection marquée et une coloration foncée de la substance grise. Les membranes de la moelle étaient fort injectées; l'organe médullaire avait un volume extraordinaire et remplissait presque entièrement le canal que formait la dure-mère. Sa consistance était notablement augmentée, et la substance grise, plus abondante que de coutume, offrait une coloration très-foncée. Du reste, la conformation de la moelle était normale. »

Si nous ne connaissions personnellement M. Monod comme un observateur très-habile et très-consciencieux, nous aurions, nous l'avouons, moins de confiance dans l'exactitude de ses descriptions; car il est bien facile de se tromper lorsqu'il s'agit de l'appréciation des nuances dans le changement de caractère ou de volume des élémens d'un organe, surtout si l'on se contente d'énoncer tout simplement ces chan-

gemens. C'est dans ces occurences qu'il serait utile d'employer des *mesures* et des comparaisons qui peuvent éclairer et persuader les lecteurs, d'autant mieux que dans la seconde observation rapportée par M. Monod, les altérations que nous venons de signaler manquent : le cerveau était très développé, mais la moelle était comparativement très-petite.

M. Hutin a pareillement cité une observation de chorée avec hypertrophie de la substance corticale. *Nouvelle Bibliothèque médicale*. Janvier 1828, pag. 41.

Dans le *Journal d'Hufeland*, novembre 1828, on trouve encore un cas de chorée avec péricardite, injection des membranes du cerveau et de la moelle et ramollissement de la substance cérébrale (*Archives*, tom. 20, pag. 431). Mais ces altérations anatomiques ne sont qu'indiquées.

M. Guersent paraît avoir constaté deux fois un ramollissement marqué de la moelle chez des sujets choréiques. Je tiens de cet excellent praticien que dans un autre cas il a trouvé une concrétion calcaire dans la substance cérébrale. Le fait suivant est encore un fait pareil.

Obs. — Une jeune fille de 16 ans offrait des mouvemens choréiques dans le bras droit, et traînait, en marchant, la jambe du même côté. Le pouls était fréquent. La malade toute pâle paraissait dans un état d'hébétude ; elle éprouvait des étourdissemens et de la céphalalgie. Le 25 janvier 1829, elle fut prise de convulsions générales, elle fut saignée. Le 6 février, 1re menstruation, disparition des mouvemens choréiques.

L'écoulement menstruel se supprima le 8 février ; le lendemain, tous les symptômes violens se manifestèrent de nouveau. On employa les mêmes moyens que précédemment, mais ils ne produisirent aucun bon résultat. Le 11 au soir, la malade était plongée dans le coma, et elle mourut le lendemain au matin.

A l'ouverture du cadavre, on trouva toute la surface du cerveau extrêmement injectée. Il y avait entre la pie-mère et l'arachnoïde un épanchement de sérosité. Les ventricules latéraux contenaient une demi-once de sérosité. Les vaisseaux du plexus choroïde étaient aussi extrêmement injectés. La veine de Galien et les sinus de la dure-mère étaient remplis de sang. La substance médullaire de l'hémisphère gauche contenait dans son intérieur une concrétion calcaire qui avait une forme cubique irrégulière, d'un demi-pouce environ sur chacun de ses côtés.

Les viscères du thorax et de l'abdomen étaient parfaitement sains. On trouva une petite hydatide adhérente à la surface de l'ovaire droit. (*The medico chirurgical Rewiew of London*, 1829.)

Mettons d'abord de côté l'épanchement de *sérosité lymphatique dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien*, lequel épanchement se rencontre si souvent dans une foule d'autres affections ; mais la concrétion calcaire, trouvée dans la substance calcaire, rend-elle mieux raison du désordre des mouvemens ? Quand je considère le nombre de cas dans lesquels il n'a été observé aucune lésion anatomique appréciable chez des sujets morts à la suite de la chorée, je suis tenté de ne pas regarder la présence de ces concrétions calcaires comme causes de la maladie, d'autant mieux que, dans le cas présent, il y avait plus que de la chorée : état d'hébétude, vertiges, céphalalgie, convulsions générales. Comment d'ailleurs expliquer la cessation des mouvemens choréiques, lors de l'apparition de la première menstruation, si l'on admet que ces mouvemens étaient déterminés par la présence des concrétions calcaires ?

La cessation de la chorée, pendant des intervalles assez prolongés et sa réapparition par récidive, doivent nécessairement indiquer l'absence d'une lésion permanente. Il n'y a que les congestions qui peuvent concorder avec cette forme intermittente et irrégulière des maladies.

Observ. Ire. — *Chorée, rougeole intercurrente, mort; persistance de la chorée jusqu'au dernier moment aucune altération des centres nerveux.* — Joséphine Ducrow, âgée de 12 ans, d'une constitution forte, entre le 23 mai à l'hôpital : sa mère nous dit qu'elle est agitée par des mouvemens choréiques depuis plus d'un mois. Il y a trois jours, ayant marché sur un chat pendant la nuit, elle eut une grande peur, et depuis ce temps, les mouvemens sont beaucoup plus forts.

23 mai. Agitation des membres supérieurs qui sont involontairement portés à la face, sur le front, à la partie postérieure de la tête sans aucune régularité. Cette agitation augmente lorsqu'on regarde la malade ou bien lorsqu'on veut lui faire exécuter un mouvement volontaire ; elle peut marcher et manger sans secours, sa voix est saccadée, et l'articulation des sons se fait avec effort et contorsion des muscles de la face. — Face colorée ; toutes les autres fonctions sont en bon état.

27 mai. Céphalalgie, face colorée, un peu de toux, pouls développé, fréquent, peau chaude.

28, même état ; une petite saignée est pratiquée.

L'agitation n'augmente ni ne diminue ; à la toux se joint un râle trachéal assez marqué ; la respiration est pure, le pouls fréquent ; point de dévoiement ; la malade reste toujours à peu près dans le même état jusqu'au 16 juin ; rougeur à la face, semblable à des taches de rougeole, yeux brillans, air abattu, écoulement de mucosités très-abondant par le nez, par la bouche et par les oreilles ; rougeur au palais ; respiration gênée sans aucun râle ; toux grasse, sans crachats ; pouls à 96.

15, éruption rubéolique très-caractérisée à la face, confluente sur le tronc avec complication de quelques vésicules miliaires sur les bras ; gonflement de la face, yeux injectés ; peu de toux, respiration convulsive, gênée ; peau chaude, pouls à 132, persistance de l'agitation choréique au même degré. (Gom. édul.).

16, rougeole très-confluente, offrant une teinte violacée ; yeux injectés, langue sèche, rouge, blanchâtre, dévoiement. (Gom. édulcorée).

17, l'éruption pâlit et devient violacée, langue blanchâtre, sèche, dévoiement, persistance des mouvemens choréiques. (Deux vésicatoires aux cuisses). Mort survenue dans la journée du 17.

18, *Nécroscopie.* Arachnoïde injectée à la surface convexe et à la base du cerveau ; pas d'infiltration ; substance cérébrale ferme et injectée dans tous les points. Arachnoïde de la moelle injectée, substance de la moelle très-ferme, sans aucune altération de texture, de consistance ni de coloration, pas de sérosité. Larynx, trachée-artère et pharynx

très-rouges dans toute leur étendue. Cette rougeur se prolonge jusque dans les bronches, hépatisation des deux poumons, principalement du poumon droit. Les organes abdominaux étaient à l'état sain.

Malgré la rougeole, les mouvemens de chorée, dont la malade était agitée, persistèrent jusqu'au dernier moment. La rougeole elle-même ne fut remarquable que par les symptômes du prodrôme qui se déclarèrent long-temps à l'avance, et par la coloration violacée de l'éruption dès le second jour. A l'autopsie, nous trouvons une inflammation du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons, qui se rapportent manifestement à la rougeole intercurrente; mais il n'existait aucune altération qui expliquât la chorée.

Obs. II. — *Chorée très-prononcée; rougeole intercurrente; cessation des mouvemens choréiques; mort; aucune lésion qui puisse être rapportée à la chorée.* — Lemaître, petite fille, est âgée de 7 ans, de constitution grêle, cheveux bruns.

9 avril, agitation des membres inférieurs et supérieurs, agitation des muscles de la face; l'enfant ne peut articuler que des monosyllabes; impossibilité de marcher et de manger sans aide. Par momens la face est si colorée qu'on croirait la malade dans un paroxysme fébrile; cependant elle n'éprouve ni céphalalgie, ni douleur abdominale, ni gêne de la respiration; le pouls est assez calme. (Infusion de feuilles d'oranger, valériane en poudre.)

Du jour de l'entrée au 26 avril, aucun accident nouveau ne se déclara; mais l'agitation choréique allait si fort en augmentant, malgré l'usage de la valériane et des bains frais, commencés le 15, que le dos de la malade ne fut bientôt plus qu'une plaie tant elle se frottait contre les draps de son lit.

Du 26 au 5 mai, sans cause appréciable et sans aucun autre symptôme nouveau, cet enfant fut prise d'une petite diarrhée; pendant ce temps, les symptômes de la chorée parurent moindres.

Le 17 mai, apparition d'une éruption de rougeole.

18, taches rubéoliques, rouges, peu saillantes, peu circonscrites sur la face, sur le tronc, les jambes et les bras; toux, râle sous-crépitant des deux côtés, principalement à gauche; langue rouge et blanche; pouls à 112. Les mouvemens choréiques n'ont pas diminué d'intensité.

La rougeole disparut, mais elle laissa une pneumonie qui ne marchait pas rapidement vers sa guérison. La petite fille maigrissait de jour en jour, et en même temps les mouvemens de la chorée se calmaient.

2 juin, la malade parle facilement, peut se servir de ses mains pour manger. Toux assez fréquente; la respiration se fait peu entendre à la partie postérieure et inférieure des deux poumons; râle ronflant considérable, pouls fréquent, dévoiement aujourd'hui pour la première fois. (Vésicatoire à la partie postérieure du thorax.)

Tous ces symptômes allaient en augmentant, excepté les mouvemens choréiques qui étaient presque entièrement appaisés le 16 juin, veille de la mort. L'amaigrissement était considérable, et aux symptômes de la pneumonie et à la diarrhée il s'était joint un balonnement très-marqué du ventre.

17 juin. *Nécropsie.* — Arachnoïde peu injectée, transparente et non adhérente à la substance corticale; légère infiltration de la pie-mère. Substance cérébrale généralement molle, pas injectée. Moelle épinière ferme, non injectée. Hépatisation partielle des deux poumons; tubercules dans ces organes, dans les glandes bronchiques. Estomac et intestin grêles sans aucune coloration morbide. Rougeur et ramollissement du gros intestin. — Les autres organes de l'abdomen sont à l'état sain.

Cette observation peut être rapprochée de l'observation 1re. C'est une malade affectée de la chorée, et prise d'une rougeole intercurrente à laquelle elle succomba, mais comme dans l'obs. 1re les mouvemens choréiques ne persistèrent point jusqu'à la fin et cessèrent avant la mort. Mais remarquons bien que dans l'obs. 1re, la malade mourut le 4e jour de l'éruption, tandis que dans l'observation présente elle ne succomba que le 30e jour, c'est-à-dire, après que les symptômes primitifs de la rougeole étaient passés depuis long-temps; de sorte que ce n'est pas à la rougeole, mais plutôt à l'affaiblissement, suite de la longueur de la maladie, que doit être attribuée la cessation des mouvemens choréiques.

Nous ne trouvâmes dans les centres nerveux aucune altération qui pût être rattachée à la chorée.

Obs. IIIe. — *Chorée très-intense; aucune autre altération des fonctions; mort rapide; lésions propres à l'asphyxie.* — Eugénie est entrée à l'hôpital le 25 juin. Elle est âgée de 12 ans et demi, a les cheveux blonds, les yeux bleus, le système musculaire bien développé. Depuis douze jours environ, sans avoir eu aucune frayeur et sans aucune autre cause appréciable, cette petite fille a été prise de mouvemens choréiques; elle avait toujours eu une bonne santé.

25 juin, agitation des membres supérieurs et des membres inférieurs qu'elle porte en différens sens; néanmoins elle peut encore marcher, et elle mange seule sans secours. Agitation des muscles de la face, grimaces continuelles, agitation des muscles du cou. Les mouvemens sont plus désordonnés aux moindres émotions (Mauve éduleorée, frictions avec dix gouttes de teinture alcoholique de noix vomique dans une cuillerée d'eau tiède). Ces frictions sont pratiquées le long du rachis.

28. Loin de diminuer, les mouvemens augmentent. L'enfant ne peut se tenir dans sont lit, elle se renverse par terre et se cache sous les lits. Ses membres sont couverts de contusions, sa tête est échevelée; elle pousse des cris, fait entendre des sanglots, sans verser de larmes. Cette agitation est continuelle, cesse à peine pendant le sommeil, et augmente aux moindres questions qu'on adresse à la malade. Toutes les autres fonctions sont en bon état. (M. Guersent fait suspendre les frictions; bains frais, valériane un scrupule.)

2 juillet (valériane, deux scrupules.) L'enfant refuse les alimens, n'a pas d'appétit, et a encore un peu de céphalalgie, pas de sommeil. Le désordre est toujours extrême.

8 juillet (valériane, 2 gros). Agitation toujours extrême, alternant avec un peu d'affaissement; yeux hagards roulans; pupilles ni dilatées ni contractiles, face colorée, chaleur de la peau, pouls fréquent, mou; langue sèche, constipation (Limonade; 8 onces d'émulsion; affusion d'eau à 15°.)

9. Il y a un peu plus de calme après l'affusion. Toute la journée a même été assez paisible, mais l'agitation a reparu pendant la nuit. Vers les cinq heures du matin la malade a pâli, puis la face s'est colorée. A sept heures, au moment où nous la voyons, la face est colorée, les conjonctives injectées, les pupilles sont très-dilatées, les mouvemens sont beaucoup appaisés, et ne sont plus que des soubresauts qui se manifestent d'intervalles en intervalles. Respiration anxieuse, pouls insensible. Mort à neuf heures du matin.

Nécroscopie le 10, *à dix heures du matin.* — Roideur cadavérique, taches violacées et écorchures assez nombreuses à la partie postérieure du dos. Arachnoïde injectée, surtout sur les parties latérales du cerveau; aucune trace de pus ni de sérosité dans la pie-mère; l'arachnoïde se détache partout avec facilité de la surface du cerveau. Substance cérébrale ferme, sablée. Ventricules peu dilatés, ils contiennent tout au plus deux petites cuillerées de sérosité. Cervelet ferme et injecté. La moelle épinière n'offre ni ramollissement, ni endurcissement, ni même aucune injection; elle est parfaitement normale dans toute son étendue.

Cœur d'un volume ordinaire, flasque, mou, rempli par du sang noir. Les gros vaisseaux qui arrivent au cœur sont aussi distendus par du sang très-noir. La tunique de l'aorte n'offre aucune coloration. Poumons sains; il y a engouement, mais sans traces d'hépatisation. Bronches très-violacées.

L'estomac offre un grand nombre de mamelons; sa consistance est normale. Sa membrane muqueuse se laisse déchirer en lambeaux assez longs. Sa coloration est en général celle de la pelure d'ognon. Rougeurs dans le duodénum et dans l'iléum, sans aucun développement des follicules. Les intestins sont très-météorisés. — Colon transverse météorisé; arborisations assez prononcées dans le cœcum. Pas de ramollissement.

C'était un spectacle bien digne d'étonnement et de compassion que le désordre que présentait cette jeune fille dans ses mouvemens et dans l'expression de sa sensibilité : ce désordre était extrême; cris continuels, tête échevelée, agitation continuelle et en tous sens; elle se roulait sur la terre jusqu'à s'écorcher la peau à vif. Mais ces phénomènes suffisent-ils pour expliquer la mort? Et cette mort comme elle est arrivée promptement, précédée seulement de quelques symptômes adynamiques! Je tiens de M. Guersent que ce n'est pas la première fois qu'il voit des choréiques succomber uniquement à la chorée, sans aucune autre altération de fonctions et par la seule exaspération des désordres de la motilité. Dans tous ces cas la mort fut rapide, et les accidens des derniers momens présentèrent aussi le caractère adynamique. Après la mort, aucune altération ne put être rapportée à la chorée; la congestion du sang dans les cavités du cœur, sa coloration noirâtre, et l'injection des différens tissus, pourraient tout au plus faire soupçonner qu'il y eut un peu d'asphyxie.

Obs. IV. — *Chorée générale intense; péritonite mortelle : persistance des désordres de la motilité. — Aucune altération propre à la chorée.* — Marie Alexandrine Richard, âgée de 9 ans, est entrée à l'hôpital des Enfans, le 7 mars 1833. Cette petite fille est malade depuis vingt jours; elle a été prise de mouvemens choréiques, qui depuis ont toujours été en augmentant. Elle est d'une assez forte constitution. L'invasion de la maladie est attribuée à une peur qu'on lui fit pendant la nuit; elle n'a jamais eu de convulsions ni d'attaques d'épilepsie, sa santé était bonne.

12 mars; mouvemens continuels et désordonnés de la tête, de la langue, des joues, des mâchoires, des membres supérieurs et inférieurs. Ces mouvemens se font par saccade et sont tellement prononcés qu'ils empêchent la progression; ils cessent pendant le sommeil, mais aussitôt que le réveil a lieu les mouvemens recommencent. Quelques mouvemens paraissent même le précéder et en être comme le prélude. La force musculaire est diminuée, car l'enfant presse à peine la main qu'on lui ordonne de serrer; elle ne peut tenir son bras, tendu horizontalement, ni se saisir le nez avec la main; son corps paraît moins agité. Alex. Richard nous affirme qu'elle n'a jamais senti de douleurs ni de picotemens dans les membres, et qu'elle n'est pas fatiguée de la continuité ni du désordre de ses mouvemens. De temps en temps il lui arrive de pousser involontairement la langue hors de sa bouche et de la rentrer subitement. L'articulation des mots est impossible; l'enfant ne répond que par monosyllabes accompagnés de grandes contorsions. Ses facultés intellectuelles sont intactes; elle est assez gaie, n'éprouve jamais de céphalalgie; langue naturelle, point de soif, appétit, ventre indolore sous la pression dans tous les points, selles ordinaires; le pouls, peu fréquent, ne peut être apprécié à cause du désordre des mouvemens.

Jusqu'au 19 mars, la petite malade fut soumise à des bains sulfureux pris pendant une heure chaque matin. Elle en était à son septième bain, sans avoir présenté aucune amélioration. Au contraire, après chaque bain les mouvemens devenaient, pendant une heure ou deux, plus fréquens ou plus désordonnés; mais cette exaspération se calmait dans le cours de la journée.

Dans la journée du 19, cet enfant fut prise d'une diarrhée très-abondante avec douleur au ventre. La langue présentait un enduit blanchâtre; il n'y avait pas de céphalalgie. M. Eager, interne de la salle, prescrit riz gommé et deux-quarts lavemens laudanisés.

20, face souffrante, grimacée; mouvemens toujours très-désordonnés; langue très-sèche et brunâtre, lèvres et dents fuligineuses, soif, un vomissement ce matin; l'abdomen, très-ballonné, paraît très-sensible sous la pression; point de selles depuis les lavemens administrés hier, urines ordinaires; respiration bonne des deux côtés de la poitrine. Pouls à 156. (Gomme édulc., 8 sangsues sur le ventre, cataplasmes émolliens, demi-lavemens.)

21 mars, agitation choréique toujours aussi prononcée, yeux non injectés, pupilles contractées, lèvres violettes et sèches, langue sèche, fuligineuse, dents fuligineuses, vomissemens repétés encore ce matin; abdomen très-ballonné; anxiété extrême de la respiration, 80 inspirations par minute; point de toux; pouls inappréciable, peau très-chaude. (Mauve édulcorée, lavemens laxatifs, friction avec l'huile de camomille camphrée.)

22; l'enfant paraît conserver ses facultés intellectuelles; langue, dents et lèvres sèches et fuligineuses; encore quel-

ques vomissemens, soif, abdomen très-météorisé et excessivement douloureux sous la pression, diarrhée, anxiété extrême, dyspnée, respiration plus thoracique qu'abdominale, chaleur très-vive de la peau, pouls filiforme et presque insensible; les mouvemens de la chorée sont toujours très-prononcés. (Même prescription.)

23; augmentation d'intensité de tous les accidens, mort dans la nuit.

Nécroscopie le 25, à dix heures du matin. — *Crâne.* Le sinus longitudinal supérieur contient un caillot fibrineux. La dure-mère, après qu'elle est détachée des os du crâne, laisse exsuder par sa surface cranienne un sang noir et abondant. A la surface convexe du cerveau, l'arachnoïde est transparente, soulevée en quelques points par une légère infiltration séreuse, apparente, surtout entre les circonvolutions et la partie postérieure du cerveau. Les gros troncs vasculaires sont très-gorgés, et ressemblent à des sangsues pleines de sang; partout l'arachnoïde se détache facilement de la substance corticale. A la base du cerveau l'arachnoïde est transparente; il n'y a ni infiltration de sérosité ni injection des vaisseaux dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les ventricules latéraux sont peu dilatés et contiennent à peine deux cuillerées de sérosité. Le corps calleux, la voute à trois piliers, les couches optiques, les corps striés notamment, et les tubercules quadrijumeaux, ont leur consistance et leur coloration normales; la substance blanche est un peu injectée.

Rachis. L'enveloppe arachnoïdienne de la moelle paraît un peu injectée; à sa partie inférieure elle contient environ une cuillerée de sérosité. La substance de la moelle, coupée par petites rondelles d'une ligne, conserve sa texture, sa consistance, et sa coloration normale.

Cavité thoracique. — Le poumon gauche est mou, crépitant, donne sous les doigts une sensation cotonneuse et élastique. La surface des incisions pratiquées à l'intérieur donne peu de liquide; le tissu pulmonaire y est fauve-rouge, rutilant, et résiste au doigt, excepté à la partie postérieure et supérieure du lobe supérieur, où il existe quelques points rouges, noirâtres, plus denses, et qui se laissent facilement pénétrer par les doigts. La muqueuse bronchique, dans ce poumon, offre une teinte rosée. Le poumon droit présente le même état à l'extérieur que le poumon gauche; la surface des incisions pratiquées dans son tissu se couvre de peu de fluide; il n'y existe aucun point dont la coloration soit plus foncée, et la consistance moindre; mais à la partie supérieure du lobe supérieur, nous avons trouvé un petit tubercule crétacé, unique, bien circonscrit. Les glandes bronchiques et les glandes médiastines sont d'un très-gros volume et manifestement tuberculeuses; la matière tuberculeuse n'y est pas ramollie.

Cœur un peu volumineux; les parois du ventricule gauche ont environ quatre lignes d'épaisseur vers leur partie moyenne. Aorte sans coloration.

Cavité péritonéale. — Abdomen considérablement météorisé et verdâtre; sérosité purulente verdâtre, étalée sur la paroi antérieure du péritoine, dans toute son étendue, en une couche légère et en quelques fausses membranes très-minces; la membrane péritonéale elle-même y paraît moins transparente. Le grand épiploon est distendu et recouvre la masse intestinale, il est très-injecté et trempé de pus. L'intestin grêle et le gros intestin sont très-météorisés; leur surface extérieure offre une injection rosée très-apparente. Il existe quelques fausses membranes entre l'épiploon et les intestins, mais elles se rompent facilement; celles qui existent entre le diaphragme, le foie et la rate, sont plus fermes. Les circonvolutions intestinales sont adhérentes, mais ces adhérences sont de formation très-récente et se rompent facilement. Nous trouvons encore une demi-pinte de sérosité verdâtre purulente dans le petit bassin et dans les flancs gauche et droit.

Les glandes mésentériques, très-développées, du volume de petites noisettes, contiennent de la matière tuberculeuse concrète et nullement ramollie.

L'estomac présente des mucosités très-abondantes et très-adhérentes à la surface interne; son volume est médiocre. Un peu de rougeur au grand cul-de-sac, dans une étendue de deux pouces carrés; petit pointillé rouge près du pylore. La membrane muqueuse donne par le tiraillement des lambeaux de deux à quatre lignes dans le grand cul-de-sac, et de près d'un pouce partout.

La surface muqueuse de l'intestin grêle offre généralement une coloration rose tendre, et çà et là des cicatrices dures, plissées, d'une coloration noirâtre; quelques-unes sont presque circulaires, occupant toute une zône de l'intestin: ces cicatrices existent surtout dans l'iléum. On y trouve aussi quelques points tuberculeux saillans. La muqueuse donne des lambeaux de trois à quatre lignes dans le jéjunum et dans l'iléum; le cœcum ne présente aucune coloration anormale; sa membrane muqueuse est très-mince, et donne des lambeaux de trois à quatre lignes. Les colons transverse et ascendant sont pâles à l'intérieur; lambeaux de trois à quatre lignes.

A l'extrémité inférieure du rectum, près de l'anus, on trouve une large ulcération d'un pouce et demi de diamètre en tous sens; le fond en est gris-noirâtre, inégal, et tapissé d'une fausse membrane. Lorsqu'on presse les parties voisines de cette ulcération, il s'échappe à sa surface une abondante quantité de matière jaune-verdâtre, assez consistante, semblable à du pus ou à de la matière tuberculeuse ramollie, à-peu-près comme il arrive sur une surface pulmonaire où aboutissent des bronches contenant de la mucosité. Tout-à-fait à la partie inférieure de cette ulcération nous avons trouvé un petit pertuis d'un quart de ligne de diamètre au plus, violacé dans son contour, et qui établit une libre communication entre l'intérieur du rectum et la cavité péritonéale.

Le foie est d'un volume ordinaire, fauve, mêlé de quelques points jaunes, granuleux par la déchirure. Râte pâle, de consistance un peu molle. Reins blanchâtres, de volume et de consistance ordinaires.

Ainsi dans cette observation, après la mort il ne s'est trouvé aucune altération dans les centres nerveux à laquelle la chorée put être rapportée. La moelle épinière, le cervelet, les tubercules quadrijumeaux, les parties qui avaient pu être soupçonnées d'être le siége de la chorée, étaient à l'état sain.

Mais ce résultat négatif n'est pas le seul résultat impor-

tant qui ressorte de cette observation. Notons encore la persistance des mouvemens choréiques au même degré d'intensité, jusqu'au dernier moment, malgré le développement d'une péritonite aussi subite, aussi étendue. Cette péritonite intercurrente ne devrait-elle pas agir comme un révulsif capable de faire taire tous les autres accidens? Qu'on nous parle encore de l'action des révulsifs dans le traitement des maladies!

Il n'y a pas de doute que la péritonite n'ait été causée par la perforation intestinale située dans le rectum. Cette perforation était trop petite pour donner lieu à un épanchement de matières fécales. Le passage des gaz intestinaux a suffi pour enflammer le péritoine.

On conçoit combien le diagnostic de ce phénomène intercurrent devait être obscur par l'état d'agitation de la malade, l'impossibilité où elle était de répondre aux questions autrement que par un redoublement de plaintes. Néanmoins, dès les premiers jours, M. Baudelocque, dans le service duquel se trouvait la malade, soupçonna la péritonite.

Je ferai remarquer encore la cicatrisation complète de toutes les ulcérations intestinales, à l'exception de celle qui fut le siége de la perforation, bien que celle-ci existât depuis long-temps et fût très-considérable; la diarrhée n'était point continuelle.

Conclusions. — De tous ces faits nous pouvons conclure:

1° Que les exemples d'altérations organiques dans la chorée sont rares.

2° Que, parmi les altérations rapportées par les auteurs, les lésions pathologiques trouvées sont très-diverses, et en général plutôt indiquées que décrites.

3° Que les observations recueillies par nous ne donnent que des résultats négatifs, c'est-à-dire, que nous n'avons jamais rencontré aucune lésion qui pût être considérée comme particulière à la chorée.

4° Qu'il était probable, *à priori*, que la chorée ne dépendait pas d'une altération permanente, si l'on considérait son type souvent intermittent; les congestions sont les seules altérations anatomiques qui offrent ce caractère.

5° Que la discontinuité des mouvemens choréiques, jointe à la considération de leur siége (plus souvent aux membres supérieurs qu'aux inférieurs), à leur bizarrerie, à leur déplacement, sont des signes très-propres à séparer la chorée de toute autre maladie encéphalique. L'absence de la fièvre, du délire, l'absence de la raideur tétanique et des convulsions, empêcheront le praticien de la confondre avec l'inflammation, soit du cerveau, soit de l'arachnoïde, soit du cervelet. On la distinguera de l'épilepsie et de l'hystérie, car dans la première de ces névroses il y a perte subite de connaissance avec insensibilité complète; dans la seconde, une boule semble partir de l'hypogastre, se porter vers la partie supérieure de l'abdomen et de la poitrine, d'où elle s'élève ensuite jusqu'à la gorge pour y produire une suffocation imminente. Or, on ne remarque aucun de ces symptômes dans la chorée. Quelques médecins en ont rapproché encore le béribéri de l'Inde. Mais cette espèce de tremblement est trop rare dans nos pays pour que le pathologiste soit autorisé à faire un rapprochement semblable.

Traitement. — On répète souvent que la multiplicité des moyens employés en médecine semble être en raison de la difficulté de guérir. Je crois que cette proposition doit s'entendre tout à l'inverse pour la chorée; c'est-à-dire, que l'innombrable quantité de remèdes vantés contre cette affection atteste peut-être que tous les moyens sont bons pour la guérir.

Je renvoie à l'ouvrage de Bouteille pour la liste des médicamens employés par les praticiens contre la chorée, jusqu'en 1810: il en a fait une longue et complète exposition. On peut dire que toute la matière médicale y a passé. Mais pour celui qui ne veut accorder sa confiance à un médicament qu'autant que le succès de ce médicament repose sur une suite d'observations soigneusement faites, je ne crois pas que celui-là trouve dans Bouteille rien qui le satisfasse. Les propriétés de la plupart de ces médicamens sont promulguées tout au plus après deux ou trois essais. Qui cherche au contraire des noms et des citations, cette *science facile*, celui-là en trouvera tant qu'il en voudra: Sydenham, Cullen, Stoll, Storck, etc., etc. S'il était besoin de prouver que *l'autorité* ne peut être un motif de jugement en médecine comme dans toute autre science d'observation, je crois qu'il suffirait de considérer toutes les contradictions des auteurs à propos du traitement de la chorée. Sydenham vante la saignée, Cullen la rejette. Ceux-ci préconisent la fleur de zinc, le camphre, et ceux-là les repoussent. Je n'en finirais pas. Il vaut mieux récapituler les nouveaux moyens qui depuis Bouteille ont été vantés, et dont les essais sont consignés dans les recueils scientifiques.

MM. Serres et Lisfranc, d'après leur opinion sur le siége de la chorée, font des applications de sangsues à la partie postérieure de la tête.

Le docteur Prichard a recours aux cautères et aux vésicatoires le long de la moelle épinière. M. le professeur Richerand, à l'hôpital Saint-Louis, emploie depuis long-temps les mêmes moyens.

M. Chrestien, de Montpellier, fait usage de frictions le long de l'épine, avec le liniment volatil de Rosen, et cinq ou six observations ont été citées à l'appui de cette thérapeutique.

Le docteur Strambio, en Italie, le docteur Byrne, en Amérique, et plusieurs Anglais, ont également vanté les frictions le long de l'épine dorsale avec la pommade stibiée à la dose de un à deux gros.

En Angleterre le nitrate d'argent a réussi à la dose de un quart de grain portée jusqu'à trois grains dans l'espace de trois semaines. Ce médicament avait été déjà préconisé en France par M. Alibert, et rejeté par M. Esquirol.

En France le docteur Guérin (*Revue médicale*) a donné quinze gouttes d'acide hydrocyanique dans un véhicule de quatre onces par jour, et il a porté ce médicament jusqu'à 72 gouttes en augmentant de 5 gouttes par jour.

Le sous-carbonate de fer à des doses considérables est prescrit en Angleterre par le docteur Elliotson. En France M. Baudelocque s'en sert depuis 15 grains jusqu'à 2 gros en pilules ou en poudre.

M. Louvet-Lamarre a vanté les exercices gymnastiques, principalement le *saut de la corde*.

Mais la médication qui est sans contredit le plus en usage aujourd'hui, c'est l'emploi des bains froids. Ils ont été mis en vogue par M. Dupuytren. Deux infirmiers vigoureux

saisissent le malade par les quatre membres, et le font passer six à huit fois entre deux lames d'eau à la température de 10 à 15°; ensuite ils l'essuyent et le transportent dans un lit assez chaud pour qu'une transpiration abondante s'en suive. Ce bain est pris chaque jour, et dans l'intervalle le malade boit pour tisane une infusion de valériane. Il importe de plonger la tête du malade dans l'eau, afin d'éviter les symptômes du côté du cerveau. J'ai entendu vingt fois M. Dupuytren enseigner qu'il n'était pas de chorée qui résistât à ces bains par immersion ou par *surprise*, ainsi qu'il les appelle.

A l'hôpital des Enfans, tous les médecins emploient les bains froids, principalement MM. Jadelot et Bouneau, mais ils n'obtiennent pas des résultats aussi heureux que M. Dupuytren. Comme ces bains répugnent beaucoup aux enfans, surtout pendant l'hiver, M. le docteur Baudelocque imagina de leur substituer les bains sulfureux. Les expériences furent faites avec assez de suite et assez de soin pour mériter quelque confiance.

Du mois de septembre 1832 au mois de janvier 1833, 14 petites filles furent soumises à l'usage des bains sulfureux. (Ces bains se composent de sulfure de potasse, ℥iv, pour huit voies d'eau.) On en administrait un tous les jours, excepté les jeudis et les dimanches. Sur ces 14 petites filles, 13 guérirent. La durée moyenne de leur séjour à l'hôpital fut de 24 jours, tandis que la durée moyenne du séjour des choréiques, calculée sur le tableau général des 189 cas, est de 31 jours. Encore devons-nous faire observer que l'amélioration à la suite des bains sulfureux avait lieu dans la plupart des cas bien avant la sortie des malades. Cette amélioration se manifestait ordinairement après le deuxième ou le troisième bain, et rarement M. Baudelocque en fit prendre plus de dix à douze. Dans un cas on vit un enfant ne plus présenter aucun mouvement dès le cinquième bain.

Ces essais ont été depuis répétés non-seulement par M. Baudelocque, mais par MM. Baffos, Guersent, Bouneau et Jadelot, et tout parait confirmer les heureux résultats obtenus par M. Baudelocque. Je dois même ajouter qu'à ma sollicitation M. Baudelocque ayant abandonné à l'expectation et au régime de l'hôpital pendant trente jours deux jeunes choréiques prises au hasard, au bout de ce terme les mouvemens avaient la même intensité. Les bains sulfureux furent employés, et les deux petites malades guérirent aussi rapidement que les autres.

On trouve dans les recueils scientifiques quelques cas de chorée guéris par l'usage des bains d'eaux minérales, à Luxeuil et Evaux. Ces eaux sont des sources d'eaux sulfureuses.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Considérations anatomiques sur la distribution et la terminaison des nerfs de la main;

Par M. CAMUS (1).

A l'aide du procédé que nous avons mis en usage pour la dissection des nerfs cutanés, procédé qui consiste à retourner la peau de la main de manière à en faire un véritable gant sans couture, sur lequel les nerfs sont conservés, il nous a été facile de suivre ces nerfs beaucoup plus loin qu'on ne le fait communément.

Les nerfs de la main peuvent se diviser en nerfs qui vont se terminer dans la peau pour donner à cet organe la sensibilité dont elle jouit, et en nerfs destinées à imprimer à ses muscles les mouvemens nécessaires pour la mettre en rapport avec les objets dont elle doit apprécier les qualités tactiles. La terminaison des nerfs musculaires dans cette région étant la même que partout ailleurs, je ne m'y arrêterai pas, je dirai seulement un mot de leur distribution.

Les nerfs qui vont aux muscles de la main sont exclusivement fournis par le médian et le cubital; le premier fournit aux muscles de l'éminence thénar, le second à ceux de l'éminence hypothenar. Ces deux nerfs s'anastomosent pour former au-devant des tendons des fléchisseurs une arcade nerveuse superficielle, d'où partent deux filets grêles qui vont aux deux premiers lombricaux : c'est par le médian que cette arcade se trouve en plus grande partie formée; tandis qu'il en existe une autre profonde située au-dessous des tendons, des fléchisseurs et qui est fournie principalement par le nerf cubital, allant s'anastomoser dans le premier espace interosseux avec un filet du radial. Cette arcade profonde fournit un rameau à chaque muscle interosseux, un à la portion la plus interne du court fléchisseur du pouce, de telle sorte que ce muscle reçoit de deux sources, *médian* et *cubital*, et peut être considéré comme double, suivant la remarque de M. Chassaignac. C'est aussi de cette arcade profonde et non, comme le disent les auteurs, de l'arcade superficielle que naissent les filets grêles qui vont aux deux derniers lombricaux.

Les portions tendineuses placées dans la main ne reçoivent pas de filets nerveux. Dois-je citer comme une exception rare, la seule fois que j'ai vu le tendon du long fléchisseur du pouce recevoir dans le milieu de sa hauteur un filet grêle du médian.

Les nerfs cutanés, qui doivent plus particulièrement fixer notre attention, sont distingués en ceux de la face palmaire et en ceux de la face dorsale; le médian et le cubital fournissent à la première région dans la main; le radial et la moitié environ du cubital se partagent la seconde. Les nerfs médian et cubital sont à la fois nerfs musculaires et cutanés jusqu'aux éminences thénar et hypothénar inclusivement.

---

(1) Lues dans la séance publique du 30 janvier 1834.

Le radial au contraire est exclusivement cutané à partir du milieu de l'avant-bras jusqu'à sa terminaison.

Des nerfs émanés de l'arcade palmaire superficielle, les uns se rendent dans l'angle de séparation des doigts, les autres forment deux nerfs collatéraux pour chaque doigt. Avant d'arriver aux doigts, les nerfs collatéraux donnent une branche constante qui va s'anastomoser dans les quatre espaces interdigitaux avec une branche des nerfs radial et cubital, au dos de la main.

Parvenus à la base des doigts, les nerfs collatéraux n'ont pas diminué de volume, chacun d'eux fournit à la face palmaire et aux faces latérales des doigts, des filets nombreux qui se renflent depuis le lieu de leur séparation de la branche commune jusqu'à leur terminaison dans la peau. Leur mode de terminaison dans cette région diffère aussi de celui qu'on observe dans le reste du tissu cutané. si l'on suit avec attention un de ces nerfs, on remarque qu'il plonge dans le derme sous un angle plus ouvert que dans toute autre partie, et que cet angle s'aggrandit à mesure qu'on approche de la pulpe des doigts : là, les filets nerveux quoiqu'assez volumineux, sont très-courts, disposés en faisceaux divergens et paraissent formés d'une moins grande quantité de pulpe nerveuse, eu égard à leur volume, que dans le reste de leur trajet. Chaque faisceau se confond insensiblement avec le tissu cellulaire du derme sans qu'on puisse affirmer d'une manière positive qu'il le traverse pour venir former les papilles qui se remarquent sous l'épiderme. Nous n'avons trouvé aucune anastomose sur la ligne médiane de chaque doigt, comme l'ont écrit quelques anatomistes. Sur les côtés on trouve constamment une branche volumineuse anastomosée avec un des collatéraux dorsaux qu'elle est destinée à remplacer à l'extrémité des doigts où ceux-ci n'arrivent pas. Cette branche supplémentaire manque au bord externe du pouce et au bord interne du petit doigt, où les collatéraux dorsaux existent pour toute la longueur de ces doigts.

Sur la face dorsale de la main, le nerf radial et la branche dorsale du cubital se partagent exactement les doigts dans leur distribution. Mais ici les filets plus grêles et moins nombreux qu'à la face palmaire, ne sont pas renflés à leur terminaison, n'offrent pas la disposition en houppe, et pénètrent le derme d'une manière bien plus oblique que nous n'avons eu l'occasion de le remarquer en parlant de ceux de la face palmaire. Je n'ai pu constater les anastomoses des branches dorsales sur la face dorsale des doigts, que M. Lacroix, notre collègue, dit avoir vues d'une manière distincte. Il résulte des dispositions que nous venons de vous exposer, que les trois nerfs principaux de la main, savoir *médian, radial* et *cubital,* communiquent d'une manière constante dans la paume de la main, dans l'angle de séparation des doigts et sur leurs faces latérales, tandis que ni avant ni en arrière on ne découvre d'anastomose sur la ligne médiane des doigts.

Outre les différences que nous venons de constater dans le mode de terminasion des nerfs sur la face palmaire et sur la face dorsale de la main, il en est encore une fort remarquable qui consiste dans la présence de petits corps que nous avons vu occuper exclusivement la face palmaire et la moitié antérieure des faces latérales des doigts. Voici ce qu'un examen attentif nous a permis d'observer relativement à leur manière d'être.

Sur le trajet des filets nerveux émanés des nerfs collatéraux, on rencontre de petits corps opaques, d'un blanc nacré quand ils sont récemment découverts, du volume d'une graine de moutarde, n'ayant de connexion intime qu'avec le filet auquel ils sont accolés. Malgré la difficulté qu'on éprouve à séparer ces petits corps des filets nerveux, je suis assez souvent parvenu à reconnaître qu'ils se continuent supérieurement et inférieurement avec ces mêmes filets auxquels ils sont unis au moyen d'un filament très-tenu, à peine distinct du tissu cellulaire. Leur nombre est à-peu-près égal à celui des rameaux qui viennent des collatéraux palmaires ; ils sont plus ou moins rapprochés de la terminaison des nerfs ; mais, en général, après la production de ces petits corps le nerf ne se divise plus qu'une fois pour pénétrer sous forme de houppe le tissu du derme.

Les nerfs collatéraux eux-mêmes n'offrent rien de semblable. Les nerfs qui contournent les faces latérales des doigts, n'en présentent plus une fois qu'ils sont arrivés sur la face dorsale. Les branches nerveuses destinées aux muscles de la main, et qui viennent de la même source que les collatéraux, celles qui suivent dans leur trajet les vaisseaux qui sillonnent la peau, en sont totalement dépourvues. Ce que j'ai dit de la position de ces petits corps me paraît suffisant pour prouver qu'ils appartiennent aux nerfs de la région palmaire seulement, et non à tel ou tel nerf en particulier; c'est ce qu'il est encore facile d'inférer de leur absence sur les filets qui viennent de la branche dorsale du cubital. Ces sortes de ganglions sont-ils véritablement de nature nerveuse ? Voici ce qui tendrait à l'établir. D'une part, l'eau pure n'altère en rien leur couleur, leur volume et leur forme ; d'une autre part, quand on les fait macérer dans un mélange d'eau et d'alcool, ils perdent leur brillant sans changer de forme et à peine de volume. Les petites vésicules graisseuses avec lesquelles ces corps pouvaient avoir de l'analogie, présentent un tout autre aspect quand on les y compare, et n'ont dans aucune circonstance des connexions aussi intimes avec les nerfs.

Je me suis assuré que les nerfs de la face plantaire présentaient aussi ces petits corps ; ils y sont assez nombreux, surtout vers la racine des orteils ; leur volume est cependant moindre qu'à la main, et, de même que dans cette région, ils sont exclusivement réservés aux filets grêles qui émanent des collatéraux des orteils depuis leur séparation jusqu'à l'extrémité du membre.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

—

De la mort des nouveau-nés provenant de certaines dispositions du cordon ombilical;

Par le docteur KOHLSCHVETTER (1). (Extrait.)

On ignore quel fut le premier écrivain, dans la science des accouchemens, qui appliqua son attention à l'étude des diverses conditions du cordon ombilical qui mettent la vie du fœtus en péril dans le travail de l'enfantement, et quel fut celui qui chercha à les apprécier pour éclairer la médecine légale. On ne trouve rien dans les auteurs anciens sur le cordon ombilical. Leurs connaissances ne s'étendaient pas au-delà de certaines notions sur sa ligature. Hippocrate paraît être le seul qui nous ait transmis quelques idées sur les obstacles que ce cordon apporte à la parturition lorsqu'il s'entortille autour du cou de l'enfant. Il faut arriver jusqu'au temps de Guillemeau et Louise Bourgeois, pour rencontrer des faits. Mais on ne commença à sentir la nécessité de l'étude de ces conditions, que dans le siècle de Mauriceau. Les ouvrages publiés dans presque tout le dix-huitième siècle attestent avec quel soin les auteurs ont recueilli les observations relatives à ce sujet, et quoiqu'ils n'eussent point une opinion bien juste sur les fonctions du placenta et du cordon ombilical, il était généralement reçu parmi eux que le fœtus périssait par l'interruption de la circulation de la mère à l'enfant. Cependant ce sentiment ne fut pas adopté par tous les écrivains de cette époque; il en est qui prétendirent que la compression du cordon n'entraînait aucun danger pour la vie de l'enfant, comme d'un autre côté des écrivains soutenaient que le placenta n'était pas l'organe de la respiration chez le fœtus. Dans ces derniers temps presque tous les praticiens se sont accordés à reconnaître du danger pour l'enfant dans les diverses conditions du cordon, mais ils n'ont pas admis le même genre de mort lorsqu'elle arrive. La médecine légale a été circonscrite dans des questions relatives à la ligature, ou à l'absence de la ligature du cordon, quand il s'est agi de découvrir l'infanticide. Les discussions que la docimasie pulmonaire a fait naître, ont bien pu nous éclairer sur des questions qui appartiennent à notre sujet, mais elles n'ont jamais embrassé toutes celles auxquelles il donne lieu. Aussi sent-on vivement que les conditions du cordon ombilical n'ont pas été assez appréciées, et que leur étude n'est pas encore assez avancée pour jeter des lumières sur les décisions médico-légales.

Le cordon ombilical peut devenir une cause de mort pour l'enfant, 1° par sa procidence, 2° par les nœuds qui se forment dans son trajet, 3° par ses circonvolutions autour des parties de l'enfant, 4° par sa brièveté, 5° par la disposition qu'il acquiert dans l'accouchement par les pieds. Le genre de mort qui survient alors est devenu une source de divergence parmi les auteurs. Les uns ont attribué cet événement à l'anémie, les autres à l'apoplexie, les troisièmes à l'asphyxie, ou mieux à l'abolition de la fonction pulmonaire; enfin, les quatrièmes, au manque de sucs nourriciers que le cordon ombilical ne peut plus transmettre au fœtus. Parmi ces diverses opinions nous ne nous occuperons que de celles qui ont joui de quelque renommée.

1° *Anémie.* — Miuelhauser (1754) conseilla, dans la crainte que l'enfant ne mourût d'anémie, dans le cas de procidence du cordon ou pendant l'accouchement par les pieds, de couper le cordon et de le lier. Plus tard, Stolpert (1807) adopta cette opinion; suivant cet auteur, les tuniques des artères ombilicales ont plus d'épaisseur et de ressort que la veine, et le sang circule avec plus de force dans les premiers vaisseaux. Avec de telles conditions, les artères devront être moins exposées à la compression que la veine, et il arrivera que le sang sera poussé continuellement à travers les artères sans retour par la veine, et qu'une hémorrhagie fatale donnera lieu à l'anémie. Il pense que ce fait est démontré par l'état de pâleur de l'enfant et par des signes internes d'hémorrhagie. Les autopsies cadaveriques n'ont point encore confirmé cette opinion. Wiégand était si convaincu de la perte du sang à travers les artères ombilicales, qu'il osa lier le cordon ainsi comprimé, et abandonner le travail à la nature. Il assure avoir vu naître un enfant vivant et plein de force, douze minutes après l'application d'une ligature sur le cordon. Dans un autre passage il avoue que l'apoplexie peut survenir si la compression du cordon est complète. Albert a pris aussi la défense de cette opinion: il pense que ce genre de mort est très-fréquent, et qu'il a lieu probablement dans les cas où l'on a cru reconnaître une apoplexie nerveuse. Dans un accouchement où il fut obligé d'appliquer le forceps, l'enfant, qui avait succombé à la lésion du cordon par la tension autour du bras, était couleur de cire. Il vit le sang jaillir à la section du cordon, longtemps et avec force du côté du placenta. Cet organe était livide et engorgé. Les artères ombilicales, mais non la veine, étaient vides de sang. De cette observation, il a conclu que la rétention du sang dans le placenta avait produit l'anémie et déterminé la mort. — Cette observation ne peut point nous éclairer, puisque l'ouverture du cadavre n'a pas été faite, et que l'examen extérieur du corps ne peut nous donner aucune certitude sur le genre de mort. Nous ne pouvons pas non plus admettre les différentes raisons qu'on a avancées pour soutenir cette opinion, car elles sont en opposition avec la théorie et l'expérience. Il est vrai que la pression du cordon a différens degrés, mais cette pression n'est pas telle que la veine soit seule comprimée sans entraîner la compression des artères ombilicales. Ces artères, par leur structure particulière, peuvent bien résister à cette pression, mais la veine a aussi cet avantage, tant par son volume que par l'abondance du sang qu'elle contient. La contexture du cordon, qu'un tissu cellulaire entoure et fortifie tout en servant d'enveloppe à ses vaisseaux, la disposition des vaisseaux eux-mêmes en spirale, leur entrelacement sur toute l'étendue du cordon, sont autant de conditions qui ne permettent point d'admettre de compression sur l'un de ces

(1) *Quædam de funiculo umbilicali frequenti mortis nascentium causa. Commutatio physiologica-obstetricia. Auta Otta* KOHLSCHVETTER. *Lipsig, octore* 1833; in-8.

vaisseaux sans altérer les autres. Au reste le placenta ne peut être considéré comme un réceptacle capable de recevoir tout le sang du fœtus, et si les choses se passaient comme ces auteurs les ont admises, les battemens des artères ne nous donneraient plus la mesure des dangers de l'enfant, et nous conduiraient à un pronostic différent de celui que les événemens ont toujours confirmé : mais la preuve la plus importante qu'on puisse opposer à cette opinion c'est que tous les enfans qui ont succombé par la pression du cerveau, n'ont jamais offert à l'autopsie cadavérique une déplétion des vaisseaux, car c'est le signe unique qui puisse démontrer que la mort a eu lieu par hémorrhagie. Albert est le seul auteur qui nous ait singalé comme signe de mort par anémie l'aspect du corps couleur de cire.

De la pléthore. — Les auteurs qui admettent ce genre de mort ne sont pas d'accord sur l'espèce pléthore qui survient. Suivant les uns, elle serait générale, suivant les autres elle ne serait que partielle. Les raisons qu'ils fournissent pour faire adopter leurs sentimens, sont diamétralement opposées à celles des écrivains dont nous venons de combattre l'opinion ; car ici ce n'est plus la veine qui est comprimée, ce sont les artères seules qui sont soumises à cette pression. La veine, disent-ils, est protégée par la largeur de son canal, et par sa situation au milieu des artères. Avec de telles conditions, le sang arrive par la veine au fœtus avec abondance, remplit, distend les vaisseaux, et par sa trop grande accumulation finit par le faire périr. C'est ainsi que la mort du fœtus a été expliquée par Adoph, Rululand, Faust, Gehler. Hebenstreit, Crone, Masius, n'ont pas entièrement adopté cette opinion, puisqu'ils reconnaissent que, dans quelques cas, la compression peut avoir lieu sur la veine. Les preuves que les auteurs donnent à l'appui de cette opinion sont la lividité du corps du fœtus, et les heureux effets de la saignée par le cordon. Les objections que nous avons produites plus haut, s'appliquent en partie à cette théorie ; mais il en est d'autres qui n'appartiennent qu'à elle. Comme l'autopsie cadavérique et l'expérience ne permettent point de décider la question, car on n'a pas pu jusqu'à ce jour, et on ne pourra jamais, je pense, déterminer la quantité de sang contenu dans le fœtus, et comme l'engorgement des vaisseaux peut dépendre d'une autre cause, ces objections trouveront leur développement plus loin. La pléthore partielle a été différemment admise : les uns croient que l'accumulation du sang dans le cœur détermine la mort ; les autres attribuent cet événement à un engorgement sanguin des poumons, engorgement qui s'oppose à l'accomplissement de leur fonction ; d'autres enfin, à une congestion du cerveau. Suivant Waldkirch, l'apoplexie survient la première, et l'asphyxie n'est que secondaire. Avant que d'établir ces diverses opinions, les auteurs auraient dû ne pas oublier qu'il n'existait point d'obstacle mécanique à la circulation, malgré l'occlusion des vaisseaux ombilicaux. Le sang chassé par le cœur gauche est répandu, en traversant l'aorte, dans toutes les parties du corps, et ramené par les veines dans l'oreillette droite ; il se divise en deux colonnes, dont l'une s'échappe par le trou ovale, dans l'oreillette gauche, et dont l'autre arrive dans le ventricule droit, d'où le sang est lancé à travers l'artère pulmonaire, en partie dans les poumons, en partie dans le canal artériel, pour venir en dernier résultat se réunir avec le sang versé dans le ventricule gauche, par l'oreillette du même côté. La compression ne détermine d'autre effet mécanique dans la circulation que celui qui survient lorsque la veine et l'artère crurales sont liées ; la circulation est arrêtée dans une partie, mais elle persiste dans toutes les autres. Ce qui prouve que la pression du cordon ne porte jamais d'obstacle à la circulation du sang, c'est que souvent les pulsations du cœur persistent au-delà de dix minutes chez les fœtus qui naissent dans un état d'asphyxie, à la suite de la compression du cordon. Les autopsies cadavériques ne peuvent point nous éclairer sur cette question, car les rapports de l'asphyxie avec l'apoplexie sont si étroits, que l'une de ces maladies entraine avec elle toujours l'autre. En même temps l'une et l'autre laissent après la mort les mêmes lésions au cerveau.

De l'asphyxie. — Des rapports que la nature a établis entre le placenta et le fœtus cessent d'exister dès que la compression a arrêté la circulation du cordon ombilical. Avant d'agiter de nouvelles questions, il est nécessaire d'apprécier ces mêmes rapports, leur nécessité, est de savoir quel est le principe de vie que le placenta transmet au fœtus renfermé dans le sein de la mère. Hippocrate, Aristote, Galien, etc., avancèrent que le fœtus respirait dans la matrice. Plus tard le placenta fut considéré comme tenant lieu de poumon chez le fœtus. Cette opinion fut celle de Needham, d'Everard, Mazini, Hulse, etc. Dutrochet, Carus, Burdach pensent que, dans les premiers temps de la gestation, la vésicule ombilicale préside à la respiration, et que plus tard le placenta est l'organe de cette fonction. L'objection principale qu'on a élevée contre cette doctrine, c'est que des enfans ont, d'après quelques observations, pu naître vivans, sans cordon ombilical ou plutôt sans connexion avec la mère. Mais en examinant attentivement les faits, on pourra se convaincre que la plupart ne méritent aucune croyance : plusieurs d'entre eux ne sont que des exemples de rupture de cordon, ou des observations de monstres qui ont pu s'alimenter par des adhérences établies avec les membranes. La brièveté du cordon est quelquefois telle dans le fœtus vivant que le placenta parait être comme fixé à son bas-ventre, et, qu'arraché de cet organe, le fœtus paraisse sans cordon. Telle est à-peu-près l'explication donnée par Meckel, Burch, et confirmée par une obervation de Mende, pour se rendre raison de ce genre de faits. D'ailleurs l'existence du placenta, dans les exemples cités, démontre les rapports qui ont dû exister entre lui et le fœtus. Les expériences de Buffon et de Heister, celles que Haller a entreprises pour résoudre le problème d'Harvée, n'ont pas été confirmées par les observations d'Abernethy et Mueller ; il est constant que l'animal nouveau-né, plongé dans l'eau, peut rester plus long-temps que l'adulte sans respirer, mais ce temps ne peut être plus d'un quart-heure. S'il est vrai que des enfans ont été enterrés et retirés vivans de leur tombeau quelques heures après, il est probable que de l'air avait pénétré jusqu'à eux. La nécessité de la respiration chez le fœtus est prouvée par des exemples tirés de toutes les classes des animaux, depuis les plus simples jusqu'aux plus élevées. Il y a même nécessité de respirer pour tout corps qui contient en lui un principe de vie : l'œuf, couvert d'un vernis, *meurt*. La diversité de couleur de sang dans les vais-

seaux du fœtus tient aux changemens que la respiration placentaire apporte dans ce liquide. Il est des auteurs qui ont nié cette différence de sang dans les artères et dans les veines ; il en est qui la constatèrent ; dans l'œuf incubé, elle fut reconnue par Haller, Ioerg, Müeller, Burdach et Nasse, dont le témoignage ne doit pas être douteux, car il ne partage point notre opinion dans toutes les autres parties de la doctrine. Müeller a vu dans les lapins se confirmer les observations d'Autenrieth et de Schütz. Dans les fœtus de brebis, il a remarqué une différence très-manifeste entre le sang des veines et celui des artères. Le sang artériel du fœtus est plus vif que le sang veineux, et plus obscur que le sang artériel de l'adulte. Enfin, les phénomènes qui s'observent à la première respiration viennent encore confirmer notre opinion. La cause de la première inspiration n'est que le besoin que le fœtus éprouve de communiquer avec l'air atmosphérique, et de puiser un élément de vie qui lui est refusé du côté du placenta. L'instinct qui le porte à se relever vers le sein de la mère et à en comprimer le mamelon, est celui qui lui fait absorber l'air avec avidité. Une remarque importante à établir, c'est que si ce besoin n'est pas suffisamment provoqué dans le travail de l'enfantement, l'enfant est exposé à mourir. Tel est l'événement qui se montre quelquefois dans des accouchemens très-prompts. La respiration est incomplète, et a besoin d'être excitée pour devenir pleine et entière (1). L'antagonisme qui se montre entre le placenta et le poumon devient évident après la sortie du fœtus ; l'un de ces organes peut suppléer à l'autre. A peine le sang n'est-il pas reçu par le placenta, qu'on le voit se porter vers les poumons. Il cesse d'y passer, il reprend son cours vers le cordon, si la nouvelle fonction vient à être suspendue peu de minutes après la naissance. Cette vérité a été mise hors de doute par les expériences de Carus. Béclard et Mayer ont vu des fœtus d'animaux encore renfermés dans leurs membranes, faire de efforts des respiration dès que le cordon était comprimé. Wiegand a noté que les pulsations du cordon devenaient plus rares à la mort du fœtus, pendant l'accouchement, et plus fréquentes, lorsqu'elle n'a lieu qu'après la sortie du fœtus. L'objection que Mende et Meissner ont faite n'est d'aucune valeur, car les battemens du cordon dépendant du cœur peuvent persister pendant quelques instans, quoique la respiration soit établie, et que le placenta ne remplit plus de fonction.

(1) On a également attribué la mort de l'enfant, dans ce cas, à la compression du placenta par la matrice en contraction, et par suite à la suspension de la fonction de cet organe. Dans l'accouchement par les fesses, ou l'expulsion est quelquefois si facile et si rapide que le cordon n'a pu être comprimé, il arrive que le fœtus présente pendant quelques instans tous les signes de la mort. Si cet état persiste, les battemens du cordon diminuent et cessent à la suite du décollement du placenta, et l'enfant périt. Dans ce genre de faits, la compression du placenta ne peut être invoquée, car l'enfant n'a pas été expulsé par des douleurs redoublées et persévérantes. L'explication que donne M. Kohlschvetter paraît préférable. Il est vrai que, pendant la contraction de la matrice, la compression qu'éprouve le placenta ralentit la circulation du cordon, mais elle n'est pas d'assez longue durée pour l'intercepter.

Maintenant il nous reste à démontrer la vérité de nos propositions par les découvertes que nous a données l'autopsie cadavérique. Pour ce travail, nous avons puisé dans tous les auteurs, consulté toutes les observations d'enfans morts soit pendant le travail soit après, ainsi que tous le faits relatifs à notre sujet ; et en les réunissant avec ceux qui nous sont particuliers, nous avons suivi le conseil de Hunter, nous les avons comparés entre eux, pour pouvoir porter un jugement solide. L'enfant, qui a succombé, sans secours de l'art, à la suite d'une lésion du cordon dont les causes ont été exposées, se présente le plus souvent dans les conditions suivantes :

Examen extérieur du corps. — Le corps de l'enfant est souvent livide, mais il n'est pas rare aussi de le trouver pâle, le plus souvent avec des taches livides dispersées çà et là (Bose, Zeller). Les ongles, les extrémités des doigts, la face sont livides, mais cela n'est pas constant. Les lèvres surtout partagent cette lividité. Le globe des yeux (Mende) et la langue sont tuméfiés, mais rarement saillans au-dehors. La bouche et les narines sont couvertes d'un mucus sanguinolent. Le visage est souvent calme, comme celui de l'enfant qui dort. Les membres et surtout les doigts sont souvent spasmodiquement contractés, (Schmitt). La région épigastrique offre une légère tuméfaction (Wiegand).

Les tégumens communs du crâne étant enlevés, on découvre le plus souvent à la partie supérieure et postérieure des deux os du bregma, une gelée mêlée de sang extravasé, mais rarement de sang pur. Les os du crâne sont remplis d'un liquide rouge, comme s'il en avait été artificiellement injectée, les sinus veineux, les vaisseaux de la dure-mère, de la pie-mère et du cerveau, sont si gorgés de sang, qu'une portion du cerveau légèrement comprimée se couvre de gouttelettes innombrables d'un sang noir. On trouve rarement à la base du crâne, ou à la superficie, très-rarement encore dans les ventricules du cerveau, un épanchement de sang, et même d'un liquide gélatineux. Cette congestion sanguine vers le cerveau a conduit plusieurs auteurs à attribuer la mort à l'apoplexie. Cet état a été observé si souvent, et par presque tous les praticiens, que Girtanner a prétendu que c'était un état normal du cerveau dans ce genre de mort. Cependant Rœderer et Schwartz rapportent des exemples où les fœtus n'offraient aucune congestion au cerveau, quoiqu'ils eussent succombé par le fait des circonvolutions du cordon autour du cou.

On doit supposer dans l'examen de la poitrine que l'air n'a pas pénétré dans les poumons, ni qu'il y ait été insufflé. Le péricarde recouvre et cache les poumons. Il contient une petite quantité de fluide séreux ; rarement cette quantité est plus grande. Le cœur est rempli abondamment d'un sang noir, qui se réduit rarement en une masse polypeuse. Les vaisseaux coronaires et les vaisseaux propres du cœur sont si engorgés, qu'ils ne pourraient pas être plus remplis de cire par l'injection la plus heureuse. Les veines caves et les grandes veines sont toutes gonflées de sang. Les artères sont presque vides. Dans les adultes qui ont péri suffoqués, on trouve le cœur gauche vide de sang, tandis que dans le côté droit il y a une réplétion complète de ce liquide ; j'ai tenté d'examiner si on pourrait noter la même différence dans les nouveau-nés entre les oreillettes et les ventricules de l'un et

l'autre côté. J'avais d'abord été conduit par deux observations, à penser que le cœur gauche était ordinairement plus chargé de sang. Mais par un examen plus attentif, je me suis convaincu qu'il n'existait aucune différence entre l'un et l'autre cœur. Les poumons sont retirés en arrière de la cavité thorachique, ils sont comme le foie, denses, compactes, d'un rouge obscur; ils descendent au fond du vase.

Mais ici s'élève une question relative à la congestion dans les poumons du sang au quel le cordon n'a pas livré passage. Bose prétend que le sang s'accumule dans les vaisseaux pulmonaires. Loffler paraît avoir la même opinion. Pape rapporte parmi les signes de suffocation, soit que la respiration se soit accomplie, soit qu'elle n'ait pas commencé, la lividité des poumons, et la suffusion du sang dans leur tissu. La congestion sanguine dans les poumons a été admise par Adolphe Mendel, Oken, Classer, Muller, Bernt, Froebel; Mueller, s'appuyant de l'observation de Meyer sur des animaux qui, encore renfermés dans leurs membranes, faisaient des efforts de respiration lorsque le cordon était comprimé, prétend qu'il faut l'attribuer à une plus grande congestion du sang dans les poumons à travers lesquels le liquide cherche un nouvel élément de vie. Cette remarque sur les tentatives du fœtus pour respirer est confirmée par l'exemple des enfans dont les mères sont accouchées dans le bain, et dans lesquels on a trouvé la trachée et les bronches remplies d'eau, avec tous les signes de la mort par suffocation. On conçoit d'après la théorie, que la congestion sanguine peut avoir lieu dans des poumons qui n'ont pas respiré. Mais on doit se demander si l'expérience justifie les prévisions de la théorie. Les trois faits que Jæger a empruntés à Albert et à Rœderer ne sont pas des preuves évidentes de cette opinion. Les observations de Fried, d'Osiander et de Schwarz peuvent faire admettre la possibilité d'une congestion insolite survenant quelquefois dans les poumons des enfans qui n'ont pas respiré, mais elles ne permettent point de la considérer comme un signe certain et constant de la mort par aspyxie des nouveau-nés. Cette question mérite encore d'être éclaircie par des recherches.

Le thymus est une glande d'une couleur si variable et d'un usage si incertain, que nous ne pourrons rien statuer de positif sur l'état qu'elle présente chez les enfans ainsi morts.

Le foie, dans les deux fœtus que nous avons disséqués, était si gorgé de sang noir, qu'il semblait n'être qu'une masse uniforme de sang coagulé. Cet état a été également constaté par plusieurs observateurs. Suivant Schafer, la couleur du foie du fœtus mort avant l'accouchement est intermédiaire à la couleur noire du foie du fœtus suffoqué, et à la pâleur de celui du fœtus mort d'hémorrhagie. Cette congestion remarquable de sang dans le foie, dont l'existence est attestée par des observations répétées, trouve son explication dans les fonctions de cet organe qui concourt à la respiration chez le fœtus; la structure et la disposition de ses vaisseaux favorisent encore l'affluence du sang dans son tissu. Les autres organes de l'abdomen ne fournissent point de signes constans de mort; quelquefois les grosses veines, mais rarement les petits vaisseaux qui entourent les intestins grêles sont gorgés de sang. La vessie a été trouvée tantôt pleine, tantôt vide. Le méconium n'a également fourni aucun signe. Le placenta est d'une couleur livide, comme putréfié, et pour ainsi dire privé, ainsi que le cordon de vitalité.

Maintenant il nous reste à examiner quel sera l'événement qui surviendra de l'interruption de communication entre le placenta et le fœtus. Nous avons considéré cet organe comme tenant lieu de poumon chez le fœtus, et nous allons suivre cette analogie dans tous ses points. Le premier effet de la suspension de la respiration est un changement dans l'état du sang. Vient après la cessation des fonctions animales, et un peu plus tard de celles de la vie organique. La pulsation du cœur cesse, lorsque déjà depuis quelque temps les autres signes de la vie ont disparu, car la circulation du sang, soit chez le fœtus, soit chez l'adulte, ne s'arrête point en même temps que sa respiration. Si vous liez la trachée-artère d'un animal, du sang veineux s'élancera à travers sa carotide ouverte, sans interruption, ce qui n'aurait jamais lieu, si lors de la suppression de la respiration, le poumon ne laissait pas passer le sang. Chez le fœtus, un obstacle à la circulation ne peut être également supposé; car, tout en admettant ses poumons imperméables au sang, les voies qui servent de moyens d'union entre l'un et l'autre système vasculaire sont encore ouvertes. La circulation du fœtus ne doit et ne peut-être changée sur-le-champ. Si la congestion sanguine dans le cerveau, la stagnation de ce liquide dans le poumon, et son accumulation dans le cœur ne sont point le résultat de la suppression de la respiration et de la circulation ombilicales, il est nécessaire de chercher la cause de la mort dans le changement des propriétés du sang, dans le manque de sang artériel. Plusieurs auteurs avaient pensé que l'oreillette et le ventricule gauche ne pouvaient entrer en contraction que sous l'influence stimulante du sang artériel, et qu'aussitôt que le cœur était privé de son stimulus ordinaire, la mort devait survenir; mais les battemens du cœur persistent après la cessation de la respiration. La même objection se présente chez le fœtus, car la pression du cordon, tout en privant le cœur gauche de l'action stimulante du sang artériel, n'arrête point les contractions de cet organe. Suivant Bichat, un certain mode d'influence existe spécialement entre le cerveau d'une part, pour la vie animale, le poumon ou le cœur, d'une autre part, pour la vie organique. L'action de l'un de ces trois organes est essentiellement nécessaire à l'un des deux autres. Comme toutes les fonctions vitales sont soumises à cette influence mutuelle du système sanguin sur le système nerveux, il arrivera que, par le changement de circulation et par l'altération du sang, ces mêmes fonctions ne pourront plus régulièrement s'accomplir; car les organes, dont l'action n'était entretenue et provoquée que par le stimulus du sang artériel, cesseront peu-à-peu leurs fonctions, lorsqu'ils ne seront pénétrés que de sang noir, et lorsque le système nerveux aura préalablement reçu la funeste influence de ce liquide. L'appareil musculaire du cœur est également soumis à cette loi. Le cœur ne se contractera plus, lorsque le sang noir se sera répandu dans tout son parenchyme. Le contact de ce liquide diminue l'action du ventricule gauche; mais la mort ne survient que lorsqu'il en a pénétré la substance. L'influence du passage du sang noir varie suivant la structure et la nature des organes, d'après les belles recherches de Nasse. Le sang artériel est

principalement destiné à l'entretien des fonctions les plus élevées de la vie animale, soumises à l'empire de la volonté ou de la conscience, et le sang veineux à la nutrition et à la vie organique. Il n'est donc pas étonnant qu'à mesure que le sang se noircira, le cerveau et le système nerveux des organes centraux cessent les premiers de vivre et que les poumons, et enfin le cœur, soient les derniers à mourir.

Cette théorie nous rend raison de tous les phénomènes propres à l'asphyxie des enfans nouveau-nés. Elle nous explique pourquoi la stase du sang a lieu au cerveau, non-seulement dans les gros vaisseaux, mais encore dans les plus petits; pourquoi la stase du sang se fait surtout remarquer dans les parties les plus délicates, douées de plus de sensibilité, et composées d'un plus grand nombre de nerfs, comme à la face, aux lèvres, aux doigts, aux parties génitales, où elle nous est révélée par une couleur livide; elle nous apprend pourquoi le cœur de l'enfant mort asphyxié est rempli des deux côtés d'une égale quantité de sang, ce qui n'a pas lieu chez l'adulte.

Addition. — Les questions de médecine-légale qui sont relatives aux diverses conditions du cordon ombilical dans le travail de l'enfantement, sont entourées de tant de difficultés, que leur solution ne doit être donnée qu'avec beaucoup de circonspection. Avant tout, on ne doit pas négliger de déclarer que la respiration vaginale peut avoir lieu. Les observations d'Osiander, de Meissner et de Reigen ne laissent aucun doute sur son existence. Il est probable que ce sera surtout dans les conditions exposées, qu'elle s'établira, et on en conçoit la raison, si on reporte son attention sur ce que nous avons dit de l'antagonisme qui existe entre le placenta et les poumons. L'insufflation artificielle du poumon donne encore lieu à de grandes difficultés; car s'il est vrai qu'il peu se former dans ces organes une congestion sanguine chez le fœtus qui n'a pas respiré, à la suite de la suppression de la circulation ombilicale, aucune valeur ne s'attache au signe certain que nous avions, pour distinguer si la respiration s'est accomplie, ou s'il y a seulement insufflation. C'est une des objections les plus graves que Jaerger ait produites contre la découverte de Plouquet. Rœderer et Knebel ont vu, et nous avons également observé, qu'un fœtus nouveau-né peut mourir après avoir respiré faiblement pendant quelques instans; en effet, le travail d'un accouchement laborieux peut enlever aux organes de la vie animale toute leur vitalité, sans arrêter les fonctions de la vie organique, qui, quoique persistant pendant quelque temps, ne peuvent la rétablir.

Après avoir considéré les diverses conditions du cordon ombilical, où la vie du fœtus est en péril, sous le rapport des signes généraux ou communs qui leur appartiennent, nous allons étudier ceux qui sont propres à chacune d'elles.

De la procidence du cordon. — L'existence des causes qui favorisent le prolapsus du cordon n'a de valeur que dans les cas où d'autres signes particuliers se montrent. Knebel et Bernt ont considéré comme signe de cet accident la contusion et la sugillation du cordon au point où la compression s'est faite. Ce qui tend à démontrer cette assertion, c'est qui Michaelis a observé, dans un cas de procidence, deux endroits du cordon rouges et sugillés. Mais ce signe n'est ni certain, ni constant: la pression du cordon le plus souvent n'est pas telle, qu'elle puisse donner lieu à des sugillations. Le médecin doit principalement porter son attention sur le lieu de la tête où il rencontrera les traces d'une tumeur sanguine, quoiqu'elle soit déjà effacée; car les fœtus qui succombent dans les premières périodes du travail, ont cette tumeur de la tête placée dans le milieu de la suture sagittale, au lieu que chez des fœtus nouveau-nés elle se présente dans le quart supérieur et postérieur de l'un et l'autre pariétal. Enfin, il nous reste à noter que les fœtus, malgré la procidence du cordon, peuvent naître vivans, mais avec de telles conditions, qu'ils périssent, après avoir faiblement respiré. Knebel a rencontré des faits de cette nature. Mauriceau nous en rapporte deux exemples remarquables (1).

Des nœuds du cordon ombilical. — Le nœud du

---

(1) Comme la mort, dans ce cas, a été diversement expliquée par les auteurs, je vais rapporter les observations de Mauriceau. On verra qu'elle est survenue, quoique les enfans fussent arrivés à terme et doués d'une forte constitution.

« Le 22 août 1698, dit Mauriceau, j'ai accouché une dame d'un enfant mâle, qui expira aussitôt que je l'eus reçu; il s'était présenté la tête la première qui était la posture naturelle qu'il devait avoir; mais par un grand malheur pour cet enfant, c'était avec une continuelle sortie du cordon de l'ombilic, qui fut tellement comprimé par la tête de l'enfant durant toute la longueur du travail, que cet accident fut cause de sa mort en naissant de la sorte; à quoi je ne pus pas remédier par toutes les précautions que je pus apporter pour repousser au dedans ce cordon qui se présentait toujours devant la tête, qui le repoussait continuellement au-dehors à chaque douleur qui survenait à la mère; et comme ces douleurs étaient de très-mauvaise nature et peu efficaces, l'enfant fut tellement débilité par l'interception du sang dans ce cordon ainsi comprimé durant plus d'une grande heure, que ce fâcheux accident fut cause qu'il expira un quart-d'heure après être né de la sorte. J'aurais bien pu en cette occasion tenter de retourner cet enfant pour le tirer par les pieds, mais comme c'était un très-gros enfant, qui aurait rendu l'opération très-laborieuse, je n'eusse pas pu le faire sans mettre la mère en risque de la vie, aussi bien que l'enfant: c'est pourquoi je jugeai plus à propos de laisser venir l'enfant dans la posture où il s'était présenté, que de les mettre tous deux conjointement dans ce danger. » (Page 638, tome IIe.)

« Le 18 mars 1701, j'ai accouché une femme d'un gros enfant mâle qui était si faible qu'il expira un quart-d'heure après, à cause que le cordon de son nombril avait été poussé dehors dans le temps que je n'étais pas chez elle, au moment que les eaux s'écoulèrent, qui firent sortir avec elles ce cordon; et quoique je l'eusse réduit au dedans aussitôt que je fus arrivé, n'y ayant pas pour lors une dilatation de la matrice, ni des douleurs assez fortes pour espérer un prompt accouchement qui aurait été nécessaire pour le salut de l'enfant, dont la tête comprimait cependant toujours ce cordon, quoique réduit, cela débilita tellement l'enfant, qu'il expira, comme j'ai dit, un quart-d'heure après être né de la sorte, parce que l'enfant ayant nécessairement besoin d'être vivifié par le sang de sa mère qui lui doit être communiqué durant tout le temps qu'il est en son ventre, s'il vient à en être privé par la forte compression de son cordon, il ne manque pas de périr en très-peu de temps. » (Tome II, page 651).

cordon produit long-temps avant l'accouchement, laisse, dans l'endroit où il a lieu, des sillons comme traces de l'attouchement des parties qui le forment. Le cordon, au moment où il se dégage du nœud, se renfle un peu, il conserve une telle tendance à se maintenir noué, que si on le relâche et on le déploie, on le voit sur-le-champ revenir à son premier état. Il n'en est pas ainsi du nœud nouvellement contracté; une fois qu'il est déployé il ne laisse aucune trace. Aussi ne reconnaissons-nous que la mort est déterminée plutôt par un nœud qui s'est resserré durant le travail de l'enfantement, qu'à la plus grande brièveté du cordon.

De l'entortillement du cordon ombilical autour du cou de l'enfant. — La doctrine de l'entortillement du cordon offre bien des écueils au médecin-légiste; car ni l'expérience des poumons, ni la sugillation qui entoure le cou de l'enfant, ni les signes externes et internes de suffocation, ne permettent pas de décider si la mort du fœtus a été produite par accident ou par une main criminelle. Buttner cite un cas de cette espèce. L'enfant n'avait que six mois; une zône livide de peu d'étendue entourait le cou. Un exemple plus remarquable est rapporté par Jæger. Une femme accoucha secrètement d'un enfant qui vint au monde demi-asphyxié par le fait d'une double circonvolution autour de son cou, et fut accusée de lui avoir donné la mort par strangulation. Il existait au cou de l'enfant un sillon plus profond et plus étroit que celui que le cordon imprimerait. Il n'existait pas de sugillation. Les poumons étaient peu dilatés par l'air. Les cavités du crâne et du thorax contenaient beaucoup de sang. La question fut résolue avec sagacité par le collége des médecins de Wirtemberg, et cette décision fut confirmée par les aveux de la coupable. Dans l'observation de Servaes, on voit une mère criminelle se servir, pour la strangulation de son enfant, du cordon ombilical lui-même. Le fait raconté par Schwarz nous montrera encore d'autres difficultés: un enfant arriva au monde, mort, le cou étroitement serrée par deux circonvolutions du cordon. La face s'était présentée la première. Une zône livide entourait le cou, et constituait un sillon sensible à la vue et au toucher. La face était un peu tuméfiée, mais non livide. Tout le reste du corps était couvert de taches livides. Les vaisseaux coronaires du cœur et du ventricule, l'oreillette droite, étaient gorgés de sang; l'oreillette gauche vide et flasque. Les poumons tombaient au fond de l'eau, paraissaient gorgés de sang. Les veines du bas-ventre étaient tuméfiées par ce liquide; le cerveau ne présentait point de congestion. Si vous ajoutez que l'enfant se présentant par la face et dans la condition la plus favorable à l'accomplissement de la respiration vaginale, aurait pu respirer, vous aurez alors tous les signes de la suffocation par strangulation. Aussi est-ce avec raison que Plouquet, Knebel, Henke, etc., ont considéré la solution des questions dans une pareille matière, comme très-délicate et épineuse. Suivant Adolphe Plouquet, Henke, Hinze, Platner, Bernt, le cordon peut imprimer par ses circonvolution une zône livide au cou de l'enfant. Klein, Elasser ont combattu cette opinion, et n'admettent point de zône produite par le cordon dans le travail de l'enfantement. Cependant l'expérience ne nous permet point de nier que des stries de sang peuvent quelquefois, mais rarement, se rencontrer sur le cou de l'enfant, à la suite de la pression produite par la circonvolution du cordon. Albert a observé une strie de couleur livide située à l'aisselle, de la longueur de sept lignes et de la largeur de deux lignes; mais une portion du cordon était comprimée. Schlegel a remarqué au cou d'un enfant qu'on avait fait périr, une excoriation livide. Scott a été appelé à juger dans un cas semblable. Il est important de prévenir, à l'exemple de Redrich et de Clarus, qu'il peut survenir de la position du fœtus dans la matrice, de l'application de son menton sur la poitrine, et de la flexion du cou, un sillon, résultat du déplacement de l'enduit caséeux qu'on observe en abondance à cette dernière partie, sillon qu'on pourrait prendre pour l'effet de l'entortillement du cordon.

Enfin s'il existe une strie sugillée autour du cou, elle ne doit pas revenir directement sur elle-même; le sillon doit former un cercle dont les branches ne se réunissent point, mais s'entrecroisent, de manière que l'une s'échappe dans une direction, et l'autre en un autre sens. S'il n'en était pas ainsi, on devrait soupçonner une strangulation faite par une main criminelle, et ce soupçon prendrait plus de force si les poumons étaient distendus par l'air et contenaient du sang, et si on observait tous les autres signes de vie après l'accouchement.

De la brièveté du cordon ombilical. — La décision du médecin ne doit pas même être énoncée, si le cordon qui, par sa brièveté, est considéré comme cause de la mort du fœtus, ne lui est pas présenté. Dans les conditions les plus favorables, son opinion ne peut pas être fixée; car les connaissances qu'il a acquises sur les rapports du cordon avec l'axe du bassin, sur les dimensions du fœtus, l'état du cordon lui-même, l'insertion probable du placenta dans l'utérus et sur tout ce qui regarde l'accouchement et la délivrance, ne lui permettent pas de prononcer si la tension du cordon dans le travail de l'enfantement a fait périr le fœtus, ou si cette mort tient à une autre cause.

De l'accouchement du fœtus par les extrémités inférieures. — Quoique cette espèce d'accouchement soit souvent fatale au fœtus, le médecin-legiste s'est peu occupé à constater les effets de ce genre de mort. Il est vrai que dans ce cas la respiration vaginale peut difficilement être admise. Cependant elle ne peut être niée; il peut y avoir aussi insufflation après la mort. Toutes ces circonstances appellent sur ce sujet l'attention du médecin. Dans l'observation rapportée par Pyl, on rencontre tous les signes de cet accouchement, et la question paraît avoir été bien résolue. Dans le cas cité par Butner, la sage-femme avait fait l'extraction du fœtus. Dans le rapport on a négligé la compression du cordon et la tension probable de la moelle épinière. Si on ne découvre dans un enfant mort aucune trace de violence, on pourra conclure que sa mort provient de l'accouchement par les extrémités inférieures, si, aux signes que nous avons exposés sur la mort déterminée par la pression du cordon, on observe une tuméfaction aux parties génitales, au scrotum, chez le fœtus mâle, et aux lèvres chez une fille. On puisera encore de nouvelles connaissances dans les circonstances rapportées de l'accouchement, et dans l'examen des parties génitales de la mère.

—

De la luxation spontanée du fémur;

Par DZONDI (1).

La luxation spontanée du fémur présente, comme toutes les maladies inflammatoires, trois périodes distinctes, c'est-à-dire trois états successifs qui diffèrent entre eux, non-seulement dans leur essence, mais encore sous le rapport du pronostic, des chances de guérison, et du traitement applicable à chacun d'eux.

Dans la première période, dite période d'inflammation, l'on n'observe rien qu'une irritation inflammatoire qui occasionne l'afflux des liquides, et prépare la sécrétion du pus. Les symptômes soit internes, soit externes, ont alors peu d'intensité. Si, à cette époque, le mal est reconnu et traité convenablement, on peut compter sur une guérison complète qu'on obtiendra par les seuls moyens dynamiques.

La seconde période, ou période de suppuration, se distingue de la première en ce que, pendant sa durée, le pus commence à se former. Les symptômes locaux et généraux se prononcent davantage, principalement la douleur qui acquiert une grande vivacité. Alors, à l'aide d'un traitement bien dirigé, on peut espérer une guérison complète, mais lente, et qui exige toujours l'emploi de procédés mécaniques ou chirurgicaux, c'est-à-dire l'évacuation du pus par une ouverture artificielle.

La troisième période est celle du *fusement* du pus ou des altérations organiques. Dans cette période, le pus abandonne le point où il s'est formé, et se fraie un chemin vers l'extérieur. Dans ce déplacement il occasionne des lésions d'organes plus ou moins importans suivant la direction qu'il affecte. Alors le traitement le mieux entendu amène rarement une guérison complète. Le mal laisse toujours des traces plus ou moins profondes; quelquefois même la vie du malade est compromise. C'est l'état général et local qui décide s'il faut recourir à la chirurgie, ou se borner aux moyens médicaux.

Première période. — Dans la première période, la maladie se fait reconnaître d'une manière certaine aux signes suivans : claudication, douleurs, alongement du membre, enflure de la cuisse et difficulté de la fléchir.

La claudication qui, dans l'origine, ne se fait guère remarquer que par une démarche chancelante ou trainante, par l'affaiblissement et la promptitude à se lasser du membre malade, est le premier signe qui trahisse l'existence du mal chez les individus qui peuvent marcher. Assez souvent elle est accompagnée de douleur. L'irrégularité de la marche dépend de l'affaiblissement de la jambe dont les malades se plaignent toujours, de la crainte de réveiller la douleur, et, plus tard, de l'alongement du membre. Il faut donc observer d'un œil attendif la marche des enfans, surtout s'il leur arrive souvent de se plaindre qu'ils sont fatigués, de chercher à se reposer et à s'asseoir; car la claudication est quelquefois imperceptible et elle peut être méconnue pendant long-temps.

La douleur est un symptôme qui ne manque jamais, et qui souvent apparait en même temps que la claudication. Elle a son siége dans le voisinage de la hanche, tantôt au niveau de l'articulation, tantôt au-dessus ou au-dessous, et fort souvent dans le pli de l'aine. Dans le principe elle n'est ni fixe ni continue, elle se tait par intervalles, ou bien change de place, mais bientôt elle se fait sentir constamment dans le même endroit, et ensuite s'étend peu à peu dans toute la cuisse. Elle a tous les caractères de la douleur rhumatismale. Ce sont tantôt des élancemens vifs et passagers, tantôt une sensation de brûlure et de térébration, tantôt une pression sourde, ou même un sentiment incommode de malaise, de pesanteur, de tension ou de tiraillement. Cette douleur a encore ceci de commun avec celle du rhumatisme, que la chaleur d'un lit de plume l'augmente, tandis que celle des fourrures ou de la laine semble la calmer, et qu'elle est au moins dans les premiers temps, soumise à l'influence des variations atmosphériques. Quelquefois elle est si légère qu'elle ne s'éveille que par la pression; d'autres fois, au contraire, elle est violente dès le début, et accompagnée de la douleur au genou qui d'ordinaire appartient exclusivement à la seconde période. Chez les enfans qui ne parlent et ne marchent pas encore, ce n'est que par la pression et par l'examen comparatif des autres symptômes qu'on peut reconnaitre l'existence de la maladie. Dans plusieurs cas la douleur est liée à une raideur très-prononcée, plus sensible le matin que pendant la journée : dans d'autres circonstances elle augmente pendant le jour par le mouvement, et devient insupportable le soir.

L'alongement du membre ne manque jamais, comme j'ai pu m'en convaincre par une expérience de trente années, quand il existe réellement une inflammation de l'articulation coxo-fémorale. Tant qu'il n'y a ni gonflement ni alongement de la cuisse, quand bien même il y aurait douleur dans le voisinage de l'articulation, il n'existe encore aucune inflammation des surfaces articulaires, et par conséquent aucun danger; il n'en est pas de même quand ces deux phénomènes se font remarquer. Pour bien juger de cet alongement on fait asseoir le malade sur une chaise, le plus en arrière possible. On a soin que les jambes soient portées parallèlement en avant, et que la ligne transversale du bassin, en arriere, fasse un angle droit avec celles des cuisses. On compare d'abord les deux genoux, et l'on observe si l'un d'eux fait plus saillie en avant que l'autre; ensuite, élevant à la fois les deux pieds, et les fléchissant fortement du côté du genou, l'on ramène les jambes dans la prolongation directe de la ligne des cuisses; alors on compare les deux talons pour voir si l'un des deux dépasse l'autre. Quand l'articulation coxo-fémorale est réellement enflammée, l'alongement du membre malade existe toujours dans la première et dans la seconde période, il est d'un demi-pouce au moins chez les petits enfans, plus considérable chez les enfans plus âgés, plus considérable encore chez les adultes; quelquefois il excède un pouce. Cet alongement s'explique très-bien par la disposition de l'articulation et par le gonflement des parties molles, sans que l'os soit lui-même altéré. La tête du fémur est contenue dans une cavité profonde à laquelle elle s'a-

(1) Extrait par le Dr. CHAMBEYRON, de l'*Allgmeine Medicinische Zeitung*. (Novembre 1833.)

dapte si exactement que, pour peu que son diamètre augmente, elle ne peut plus s'y loger, et tend plus ou moins à l'abandonner. C'est ce qui arrive aussitôt que le moindre gonflement survient dans les parties molles qui couvrent la tête du fémur, ou dans celles qui tapissent la cavité cotyloïde, c'est-à-dire dans la membrane synoviale et dans le cartilage.

Comme l'inflammation de ces diverses parties est inévitablement suivie de l'augmentation de leur volume, elle entraîne aussi nécessairement le déplacement de la tête du fémur et l'alongement du membre. Pour se convaincre que les choses se passent ainsi, il suffit d'examiner l'articulation sur le cadavre d'un individu mort dans la troisième période, ou même de réfléchir à la disposition normale des diverses parties qui concourent à la former. On s'assure encore de l'alongement en faisant tenir le malade debout, ou bien, s'il s'agit d'un enfant, en le faisant asseoir sur une chaise ou sur une table; alors on se place derrière lui et l'on pose les deux mains sur les deux articulations de manière que les pouces portent sur les grands trochanters, et les doigts indicateurs ou médius sur les crêtes des os iliaques, et l'on s'aperçoit sur-le-champ que le grand trochanter du côté malade est situé plus bas et plus en dehors que celui du côté sain, et que par conséquent il se trouve à une plus grande distance de la crête iliaque. L'alongement de la jambe malade s'opère avec rapidité, quelquefois même il a lieu tout d'un coup; mais il disparaît avec la même promptitude si l'on a recours de bonne heure à un traitement convenable. Cette circonstance prouve mieux que rien autre qu'il ne dépend pas du gonflement de l'os.

L'augmentation du volume des parties molles qui entourent l'articulation doit être considérée sous le rapport de la forme qu'elle revêt, des caractères qu'elle présente, de la position qu'elle affecte, et du degré qu'elle atteint. Pour bien apprécier sa forme, il faut considérer qu'elle dépend d'une double cause, savoir : de l'inflammation occasionée par l'irritation rhumatique et du déplacement de la tête du fémur et du grand trochanter. L'enflure primitive se reconnaît par la simple inspection comparative des hanches et par une légère pression; l'enflure secondaire, celle qui dépend du déplacement en bas et en dehors du grand trochanter, s'apprécie aisément à l'œil, en tirant une ligne droite qui prolonge celle de l'épine du dos. Alors on voit distinctement que le côté malade est plus large que le côté sain, et que la fesse du même côté est un peu plus basse. En outre l'os de la cuisse, dans le voisinage du grand trochanter, et le trochanter lui-même, semblent avoir acquis plus de volume. Si l'on regarde latéralement la hanche malade on voit aussi qu'elle est plus forte et plus large.

Le gonflement produit par le déplacement des os occupe toujours le même point, il ne diffère que par le degré. Celui qui résulte de l'irritation rhumatique a son siége au-dessus, au-dessous, en avant, en arrière, au centre même de l'articulation, ou dans toute sa circonférence. Ce dernier cas ne se présente que rarement, lorsque l'inflammation est très-vive et qu'elle a déjà duré quelque temps. Le caractère de l'enflure varie suivant le siége primitif de l'irritation locale rhumatique. Une enflure molle, flasque, prouve que l'irritation a débuté par la capsule articulaire; si elle est ferme, résistante, on peut assurer que l'irritation a commencé par le périoste, soit de la tête du fémur, soit de la cavité cotyloïde; une tension élastique annonce que les interstices musculaires sont le siége primitif de l'irritation. Ce n'est que dans la seconde et dans la troisième période qu'on observe l'empâtement et le gonflement œdémateux.

Quant à la place qu'occupe l'enflure, c'est assez souvent la capsule articulaire elle-même, mais il n'est pas rare non plus de la voir se développer sur un point quelconque du pourtour de la cavité cotyloïde. Quelquefois c'est l'os du fémur qui est envahi le premier, et alors il est assez ordinaire de rencontrer les premières traces de gonflement derrière le grand trochanter. Dans tous les cas cette apophyse est assez tuméfiée pour que cela seul fasse reconnaître la maladie. Le degré de tuméfaction s'apprécie par la comparaison des deux hanches, en ayant égard aux deux causes distinctes que j'ai signalées.

La difficulté de fléchir la cuisse est une conséquence du déplacement de la tête du fémur qui tend la capsule articulaire en même temps que l'irritation dont elle est le siége la raccourcit. On doit bien se garder d'imprimer des mouvemens étendus à l'articulation, et de chercher à vaincre la résistance qu'on éprouve, car on s'exposerait à faire sortir la tête du fémur de la cavité cotyloïde, et à produire une luxation.

Quelquefois la maladie débute sans mouvement fébrile, mais quand l'inflammation est intense elle s'accompagne toujours d'une fièvre qui dans l'origine est de nature rhumatique.

La durée de la première période varie depuis quelques jours jusqu'à plusieurs années. Elle peut ne pas excéder neuf, sept et même trois jours, quand l'irritation rhumatique agit avec force, par exemple, lorsqu'un refroidissement notable et subit a succédé à une transpiration abondante, et que la constitution du malade réagit énergiquement. Quand l'irritation primitive est plus modérée, des semaines et même des mois peuvent s'écouler avant que la suppuration se déclare, surtout si l'organisme réagit avec mollesse. Enfin, le mal peut même devenir chronique, et rester indéfiniment stationnaire à la première période.

On range parmi les causes de la luxation spontannée, les agens morbifiques mécaniques, les chutes, les coups, les tiraillemens, les distensions, etc., la disposition scrofuleuse ou les scrofules déclarés, l'infection des liquides par la syphilis; *l'acrimonie* goutteuse. Mais je dois avouer hautement que, parmi les cas nombreux que j'ai vu depuis trente ans, il ne s'en est pas présenté un seul où la maladie pût être attribuée à l'une de ces causes. Les inflammations de l'articulation coxo-fémorale, accompagnées de claudication, qui sont le résultat de violences, comme des chutes, des coups, etc., diffèrent totalement de la luxation spontanée. Celle-ci reconnaît toujours pour cause, à mon avis, une irritation rhumatique, c'est-à-dire, la suppression ou la répercussion de la transpiration et de la perspiration cutanée, dans un moment ou ces fonctions s'exécutent avec un haut degré d'énergie. En général, dans les cas où une irritation de cette nature détermine l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale, ce n'est pas le corps entier qui se trouvait exposé à l'action d'un air froid et humide, mais seulement la partie qui doit être le siége du mal, et qui était

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

—

De la mort des nouveau-nés provenant de certaines dispositions du cordan ombilical;

Par le docteur KOHLSCHVETTER (1). (Extrait.)

On ignore quel fut le premier écrivain, dans la science des accouchemens, qui appliqua son attention à l'étude des diverses conditions du cordon ombilical qui mettent la vie du fœtus en péril dans le travail de l'enfantement, et quel fut celui qui chercha à les apprécier pour éclairer la médecine légale. On ne trouve rien dans les auteurs anciens sur le cordon ombilical. Leurs connaissances ne s'étendaient pas au-delà de certaines notions sur sa ligature. Hippocrate paraît être le seul qui nous ait transmis quelques idées sur les obstacles que ce cordon apporte à la parturition lorsqu'il s'entortille autour du cou de l'enfant. Il faut arriver jusqu'au temps de Guillemeau et Louise Bourgeois, pour rencontrer des faits. Mais on ne commença à sentir la nécessité de l'étude de ces conditions, que dans le siècle de Mauriceau. Les ouvrages publiés dans presque tout le dix-huitième siècle attestent avec quel soin les auteurs ont recueilli les observations relatives à ce sujet, et quoiqu'ils n'eussent point une opinion bien juste sur les fonctions du placenta et du cordon ombilical, il était généralement reçu parmi eux que le fœtus périssait par l'interruption de la circulation de la mère à l'enfant. Cependant ce sentiment ne fut pas adopté par tous les écrivains de cette époque; il en est qui prétendirent que la compression du cordon n'entraînait aucun danger pour la vie de l'enfant, comme d'un autre côté des écrivains soutenaient que le placenta n'était pas l'organe de la respiration chez le fœtus. Dans ces derniers temps presque tous les praticiens se sont accordés à reconnaître du danger pour l'enfant dans les diverses conditions du cordon, mais ils n'ont pas admis le même genre de mort lorsqu'elle arrive. La médecine légale a été circonscrite dans des questions relatives à la ligature, ou à l'absence de la ligature du cordon, quand il s'est agi de découvrir l'infanticide. Les discussions que la docimasie pulmonaire a fait naître, ont bien pu nous éclairer sur des questions qui appartiennent à notre sujet, mais elles n'ont jamais embrassé toutes celles auxquelles il donne lieu. Aussi sent-on vivement que les conditions du cordon ombilical n'ont pas été assez appréciées, et que leur étude n'est pas encore assez avancée pour jeter des lumières sur les décisions médico-légales.

Le cordon ombilical peut devenir une cause de mort pour l'enfant, 1° par sa procidence, 2° par les nœuds qui se forment dans son trajet, 3° par ses circonvolutions autour des parties de l'enfant, 4° par sa brièveté, 5° par la disposition qu'il acquiert dans l'accouchement par les pieds. Le genre de mort qui survient alors est devenu une source de divergence parmi les auteurs. Les uns ont attribué cet événement à l'anémie, les autres à l'apoplexie, les troisièmes à l'asphyxie, ou mieux à l'abolition de la fonction pulmonaire; enfin, les quatrièmes, au manque de sucs nourriciers que le cordon ombilical ne peut plus transmettre au fœtus. Parmi ces diverses opinions nous ne nous occuperons que de celles qui ont joui de quelque renommée.

1° *Anémie.* — Mauchhauser (1754) conseilla, dans la crainte que l'enfant ne mourût d'anémie, dans le cas de procidence du cordon ou pendant l'accouchement par les pieds, de couper le cordon et de le lier. Plus tard, Stolpert (1807) adopta cette opinion; suivant cet auteur, les tuniques des artères ombilicales ont plus d'épaisseur et de ressort que la veine, et le sang circule avec plus de force dans les premiers vaisseaux. Avec de telles conditions, les artères devront être moins exposées à la compression que la veine, et il arrivera que le sang sera poussé continuellement à travers les artères sans retour par la veine, et qu'une hémorrhagie fatale donnera lieu à l'anémie. Il pense que ce fait est démontré par l'état de pâleur de l'enfant et par des signes internes d'hémorrhagie. Les autopsies cadaveriques n'ont point encore confirmé cette opinion. Wiegand était si convaincu de la perte du sang à travers les artères ombilicales, qu'il osa lier le cordon ainsi comprimé, et abandonner le travail à la nature. Il assure avoir vu naître un enfant vivant et plein de force, douze minutes après l'application d'une ligature sur le cordon. Dans un autre passage il avoue que l'apoplexie peut survenir si la compression du cordon est complète. Albert a pris aussi la défense de cette opinion: il pense que ce genre de mort est très-fréquent, et qu'il a lieu probablement dans les cas où l'on a cru reconnaître une apoplexie nerveuse. Dans un accouchement où il fut obligé d'appliquer le forceps, l'enfant, qui avait succombé à la lésion du cordon par la tension autour du bras, était couleur de cire. Il vit le sang jaillir à la section du cordon, longtemps et avec force du côté du placenta. Cet organe était livide et engorgé. Les artères ombilicales, mais non la veine, étaient vides de sang. De cette observation, il a conclu que la rétention du sang dans le placenta avait produit l'anémie et déterminé la mort. — Cette observation ne peut point nous éclairer, puisque l'ouverture du cadavre n'a pas été faite, et que l'examen extérieur du corps ne peut nous donner aucune certitude sur le genre de mort. Nous ne pouvons pas non plus admettre les différentes raisons qu'on a avancées pour soutenir cette opinion, car elles sont en opposition avec la théorie et l'expérience. Il est vrai que la pression du cordon a différens degrés, mais cette pression n'est pas telle que la veine soit seule comprimée sans entraîner la compression des artères ombilicales. Ces artères, par leur structure particulière, peuvent bien résister à cette pression, mais la veine a aussi cet avantage, tant par son volume que par l'abondance du sang qu'elle contient. La contexture du cordon, qu'un tissu cellulaire entoure et fortifie tout en servant d'enveloppe à ses vaisseaux, la disposition des vaisseaux eux-mêmes en spirale, leur entrelacement sur toute l'étendue du cordon, sont autant de conditions qui ne permettent point d'admettre de compression sur l'un de ces

(1) *Quædam de funiculo umbilicali frequenti mortis nascentium causa. Commutatio physiologica-obstetricia. Auct. Otto* KOHLSCHVETTER. *Lipsig, octobre* 1833; in-8.

vaisseaux sans altérer les autres. Au reste le placenta ne peut être considéré comme un réceptacle capable de recevoir tout le sang du fœtus, et si les choses se passaient comme ces auteurs les ont admises, les battemens des artères ne nous donneraient plus la mesure des dangers de l'enfant, et nous conduiraient à un pronostic différent de celui que les événemens ont toujours confirmé : mais la preuve la plus importante qu'on puisse opposer à cette opinion c'est que tous les enfans qui ont succombé par la pression du cerveau, n'ont jamais offert à l'autopsie cadavérique une déplétion des vaisseaux, car c'est le signe unique qui puisse démontrer que la mort a eu lieu par hémorrhagie. Albert est le seul auteur qui nous ait singalé comme signe de mort par anémie l'aspect du corps couleur de cire.

De la pléthore. — Les auteurs qui admettent ce genre de mort ne sont pas d'accord sur l'espèce pléthore qui survient. Suivant les uns, elle serait générale, suivant les autres elle ne serait que partielle. Les raisons qu'ils fournissent pour faire adopter leurs sentimens, sont diamétralement opposées à celles des écrivains dont nous venons de combattre l'opinion ; car ici ce n'est plus la veine qui est comprimée, ce sont les artères seules qui sont soumises à cette pression. La veine, disent-ils, est protégée par la largeur de son canal, et par sa situation au milieu des artères. Avec de telles conditions, le sang arrive par la veine au fœtus avec abondance, remplit, distend les vaisseaux, et par sa trop grande accumulation finit par le faire périr. C'est ainsi que la mort du fœtus a été expliquée par Adoph, Ruhland, Faust, Gehler. Hebenstreit, Crone, Masius, n'ont pas entièrement adopté cette opinion, puisqu'ils reconnaissent que, dans quelques cas, la compression peut avoir lieu sur la veine. Les preuves que les auteurs donnent à l'appui de cette opinion sont la lividité du corps du fœtus, et les heureux effets de la saignée par le cordon. Les objections que nous avons produites plus haut, s'appliquent en partie à cette théorie ; mais il en est d'autres qui n'appartiennent qu'à elle. Comme l'autopsie cadavérique et l'expérience ne permettent point de décider la question, car on n'a pas pu jusqu'à ce jour, et on ne pourra jamais, je pense, déterminer la quantité de sang contenu dans le fœtus, et comme l'engorgement des vaisseaux peut dépendre d'une autre cause, ces objections trouveront leur développement plus loin. La pléthore partielle a été différemment admise : les uns croient que l'accumulation du sang dans le cœur détermine la mort ; les autres attribuent cet événement à un engorgement sanguin des poumons, engorgement qui s'oppose à l'accomplissement de leur fonction ; d'autres enfin, à une congestion du cerveau. Suivant Waldkirch, l'apoplexie survient la première, et l'asphyxie n'est que secondaire. Avant que d'établir ces diverses opinions, les auteurs auraient dû ne pas oublier qu'il n'existait point d'obstacle mécanique à la circulation, malgré l'occlusion des vaisseaux ombilicaux. Le sang chassé par le cœur gauche est répandu, en traversant l'aorte, dans toutes les parties du corps, et ramené par les veines dans l'oreillette droite ; il se divise en deux colonnes, dont l'une s'échappe par le trou ovale, dans l'oreillette gauche, et dont l'autre arrive dans le ventricule droit, d'où le sang est lancé à travers l'artère pulmonaire, en partie dans les poumons, en partie dans le canal artériel, pour venir en dernier résultat se réunir avec le sang versé dans le ventricule gauche, par l'oreillette du même côté. La compression ne détermine d'autre effet mécanique dans la circulation que celui qui survient lorsque la veine et l'artère crurales sont liées ; la circulation est arrêtée dans une partie, mais elle persiste dans toutes les autres. Ce qui prouve que la pression du cordon ne porte jamais d'obstacle à la circulation du sang, c'est que souvent les pulsations du cœur persistent au-delà de dix minutes chez les fœtus qui naissent dans un état d'asphyxie, à la suite de la compression du cordon. Les autopsies cadavériques ne peuvent point nous éclairer sur cette question, car les rapports de l'asphyxie avec l'apoplexie sont si étroits, que l'une de ces maladies entraîne avec elle toujours l'autre. En même temps l'une et l'autre laissent après la mort les mêmes lésions au cerveau.

De l'asphyxie. — Des rapports que la nature a établis entre le placenta et le fœtus cessent d'exister dès que la compression a arrêté la circulation du cordon ombilical. Avant d'agiter de nouvelles questions, il est nécessaire d'apprécier ces mêmes rapports, leur nécessité, est de savoir quel est le principe de vie que le placenta transmet au fœtus renfermé dans le sein de la mère. Hippocrate, Aristote, Galien, etc., avancèrent que le fœtus respirait dans la matrice. Plus tard le placenta fut considéré comme tenant lieu de poumon chez le fœtus. Cette opinion fut celle de Needham, d'Everard, Mazini, Hulse, etc. Dutrochet, Carus, Burdach pensent que, dans les premiers temps de la gestation, la vésicule ombilicale préside à la respiration, et que plus tard le placenta est l'organe de cette fonction. L'objection principale qu'on a élevée contre cette doctrine, c'est que des enfans ont, d'après quelques observations, pu naître vivans, sans cordon ombilical ou plutôt sans connexion avec la mère. Mais en examinant attentivement les faits, on pourra se convaincre que la plupart ne méritent aucune croyance : plusieurs d'entre eux ne sont que des exemples de rupture de cordon, ou des observations de monstres qui ont pu s'alimenter par des adhérences établies avec les membranes. La brièveté du cordon est quelquefois telle dans le fœtus vivant que le placenta paraît être comme fixé à son bas-ventre, et, qu'arraché de cet organe, le fœtus paraisse sans cordon. Telle est à-peu-près l'explication donnée par Meckel, Burch, et confirmée par une obervation de Mende, pour se rendre raison de ce genre de faits. D'ailleurs l'existence du placenta, dans les exemples cités, démontre les rapports qui ont dû exister entre lui et le fœtus. Les expériences de Buffon et de Heisler, celles que Haller a entreprises pour résoudre le problème d'Harvée, n'ont pas été confirmées par les observations d'Abernethy et Mueller ; il est constant que l'animal nouveau-né, plongé dans l'eau, peut rester plus long-temps que l'adulte sans respirer, mais ce temps ne peut être plus d'un quart-heure. S'il est vrai que des enfans ont été enterrés et retirés vivans de leur tombeau quelques heures après, il est probable que de l'air avait pénétré jusqu'à eux. La nécessité de la respiration chez le fœtus est prouvée par des exemples tirés de toutes les classes des animaux, depuis les plus simples jusqu'aux plus élevées. Il y a même nécessité de respirer pour tout corps qui contient en lui un principe de vie : l'œuf, couvert d'un vernis, *meurt*. La diversité de couleur de sang dans les vais-

seaux du fœtus tient aux changemens que la respiration placentaire apporte dans ce liquide. Il est des auteurs qui ont nié cette différence de sang dans les artères et dans les veines ; il en est qui la constatèrent ; dans l'œuf incubé, elle fut reconnue par Haller, Ioerg, Müeller, Burdach et Nasse, dont le témoignage ne doit pas être douteux, car il ne partage point notre opinion dans toutes les autres parties de la doctrine. Müeller a vu dans les lapins se confirmer les observations d'Autenrieth et de Schütz. Dans les fœtus de brebis, il a remarqué une différence très-manifeste entre le sang des veines et celui des artères. Le sang artériel du fœtus est plus vif que le sang veineux, et plus obscur que le sang artériel de l'adulte. Enfin, les phénomènes qui s'observent à la première respiration viennent encore confirmer notre opinion. La cause de la première inspiration n'est que le besoin que le fœtus éprouve de communiquer avec l'air atmosphérique, et de puiser un élément de vie qui lui est refusé du côté du placenta. L'instinct qui le porte à se relever vers le sein de la mère et à en comprimer le mamelon, est celui qui lui fait absorber l'air avec avidité. Une remarque importante à établir, c'est que si ce besoin n'est pas suffisamment provoqué dans le travail de l'enfantement, l'enfant est exposé à mourir. Tel est l'événement qui se montre quelquefois dans des accouchemens très-prompts. La respiration est incomplète, et a besoin d'être excitée pour devenir pleine et entière (1). L'antagonisme qui se montre entre le placenta et le poumon devient évident après la sortie du fœtus ; l'un de ces organes peut suppléer à l'autre. A peine le sang n'est-il pas reçu par le placenta, qu'on le voit se porter vers les poumons. Il cesse d'y passer, il reprend son cours vers le cordon, si la nouvelle fonction vient à être suspendue peu de minutes après la naissance. Cette vérité a été mise hors de doute par les expériences de Carus. Béclard et Mayer ont vu des fœtus d'animaux encore renfermés dans leurs membranes, faire de efforts des respiration dès que le cordon était comprimé. Wiegand a noté que les pulsations du cordon devenaient plus rares à la mort du fœtus, pendant l'accouchement, et plus fréquentes, lorsqu'elle n'a lieu qu'après la sortie du fœtus. L'objection que Mende et Meissner ont faite n'est d'aucune valeur, car les battemens du cordon dépendant du cœur peuvent persister pendant quelques instans, quoique la respiration soit établie, et que le placenta ne remplit plus de fonction.

(1) On a également attribué la mort de l'enfant, dans ce cas, à la compression du placenta par la matrice en contraction, et par suite à la suspension de la fonction de cet organe. Dans l'accouchement par les fesses, où l'expulsion est quelquefois si lente et si rapide que le cordon n'a pu être comprimé, il arrive que le fœtus présente pendant quelques instans tous les signes de la mort. Si cet état persiste, les battemens du cordon diminuent et cessent à la suite du décollement du placenta, et l'enfant périt. Dans ce genre de faits, la compression du placenta ne peut être invoquée, car l'enfant n'a pas été expulsé par des douleurs redoublées et persévérantes. L'explication que donne M. Kohlschvetter paraît préférable. Il est vrai que, pendant la contraction de la matrice, la compression qu'éprouve le placenta ralentit la circulation du cordon, mais elle n'est pas d'assez longue durée pour l'intercepter.

Maintenant il nous reste à démontrer la vérité de nos propositions par les découvertes que nous a données l'autopsie cadavérique. Pour ce travail, nous avons puisé dans tous les auteurs, consulté toutes les observations d'enfans morts soit pendant le travail soit après, ainsi que tous le faits relatifs à notre sujet ; et en les réunissant avec ceux qui nous sont particuliers, nous avons suivi le conseil de Hunter, nous les avons comparés entre eux, pour pouvoir porter un jugement solide. L'enfant, qui a succombé, sans secours de l'art, à la suite d'une lésion du cordon dont les causes ont été exposées, se présente le plus souvent dans les conditions suivantes :

Examen extérieur du corps. — Le corps de l'enfant est souvent livide, mais il n'est pas rare aussi de le trouver pâle, le plus souvent avec des taches livides dispersées çà et là (Bosc, Zeller). Les ongles, les extrémités des doigts, la face sont livides, mais cela n'est pas constant. Les lèvres surtout partagent cette lividité. Le globe des yeux (Mende) et la langue sont tuméfiés, mais rarement saillans au-dehors. La bouche et les narines sont couvertes d'un mucus sanguinolent. Le visage est souvent calme, comme celui de l'enfant qui dort. Les membres et surtout les doigts sont souvent spasmodiquement contractés, (Schmitt). La région épigastrique offre une légère tuméfaction (Wiegand).

Les tégumens communs du crâne étant enlevés, on découvre le plus souvent à la partie supérieure et postérieure des deux os du bregma, une gelée mêlée de sang extravasé, mais rarement de sang pur. Les os du crâne sont remplis d'un liquide rouge, comme s'il en avait été artificiellement injectée, les sinus veineux, les vaisseaux de la dure-mère, de la pie-mère et du cerveau, sont si gorgés de sang, qu'une portion du cerveau légèrement comprimée se couvre de gouttelettes innombrables d'un sang noir. On trouve rarement à la base du crâne, ou à la superficie, très-rarement encore dans les ventricules du cerveau, un épanchement de sang, et même d'un liquide gélatineux. Cette congestion sanguine vers le cerveau a conduit plusieurs auteurs à attribuer la mort à l'apoplexie. Cet état a été observé si souvent, et par presque tous les praticiens, que Girtanner a prétendu que c'était un état normal du cerveau dans ce genre de mort. Cependant Rœderer et Schwartz rapportent des exemples où les fœtus n'offraient aucune congestion au cerveau, quoiqu'ils eussent succombé par le fait des circonvolutions du cordon autour du cou.

On doit supposer dans l'examen de la poitrine que l'air n'a pas pénétré dans les poumons, ni qu'il y ait été insufflé. Le péricarde recouvre et cache les poumons. Il contient une petite quantité de fluide séreux ; rarement cette quantité est plus grande. Le cœur est rempli abondamment d'un sang noir, qui se réduit rarement en une masse polypeuse. Les vaisseaux coronaires et les vaisseaux propres du cœur sont si engorgés, qu'ils ne pourraient pas être plus remplis de cire par l'injection la plus heureuse. Les veines caves et les grandes veines sont toutes gonflées de sang. Les artères sont presque vides. Dans les adultes qui ont péri suffoqués, on trouve le cœur gauche vide de sang, tandis que dans le côté droit il y a une réplétion complète de ce liquide ; j'ai tenté d'examiner si on pourrait noter la même différence dans les nouveau-nés entre les oreillettes et les ventricules de l'un et

l'autre côté. J'avais d'abord été conduit par deux observations, à penser que le cœur gauche était ordinairement plus engorgé de sang. Mais par un examen plus attentif, je me suis convaincu qu'il n'existait aucune différence entre l'un et l'autre cœur. Les poumons sont retirés en arrière de la cavité thorachique, ils sont comme le foie, denses, compactes, d'un rouge obscur; ils descendent au fond du vase.

Mais ici s'élève une question relative à la congestion dans les poumons du sang au quel le cordon n'a pas livré passage. Bose prétend que le sang s'accumule dans les vaisseaux pulmonaires. Loffler paraît avoir la même opinion. Pape rapporte parmi les signes de suffocation, soit que la respiration se soit accomplie, soit qu'elle n'ait pas commencé, la lividité des poumons, et la suffusion du sang dans leur tissu. La congestion sanguine dans les poumons a été admise par Adolphe Mendel, Oken, Classer, Muller, Bernt, Froebel; Mueller, s'appuyant de l'observation de Meyer sur des animaux qui, encore renfermés dans leurs membranes, faisaient des efforts de respiration lorsque le cordon était comprimé, prétend qu'il faut l'attribuer à une plus grande congestion du sang dans les poumons à travers lesquels le liquide cherche un nouvel élément de vie. Cette remarque sur les tentatives du fœtus pour respirer est confirmée par l'exemple des enfans dont les mères sont accouchées dans le bain, et dans lesquels on a trouvé la trachée et les bronches remplies d'eau, avec tous les signes de la mort par suffocation. On conçoit d'après la théorie, que la congestion sanguine peut avoir lieu dans des poumons qui n'ont pas respiré. Mais on doit se demander si l'expérience justifie les prévisions de la théorie. Les trois faits que Jæger a empruntés à Albert et à Rœderer ne sont pas des preuves évidentes de cette opinion. Les observations de Fried, d'Osiander et de Schwarz peuvent faire admettre la possibilité d'une congestion insolite survenant quelquefois dans les poumons des enfans qui n'ont pas respiré, mais elles ne permettent point de la considérer comme un signe certain et constant de la mort par aspyxie des nouveau-nés. Cette question mérite encore d'être éclaircie par des recherches.

Le thymus est une glande d'une couleur si variable et d'un usage si incertain, que nous ne pourrons rien statuer de positif sur l'état qu'elle présente chez les enfans ainsi morts.

Le foie, dans les deux fœtus que nous avons disséqués, était si gorgé de sang noir, qu'il semblait n'être qu'une masse uniforme de sang coagulé. Cet état a été également constaté par plusieurs observateurs. Suivant Schafer, la couleur du foie du fœtus mort avant l'accouchement est intermédiaire à la couleur noire du foie du fœtus suffoqué, et à la pâleur de celui du fœtus mort d'hémorrhagie. Cette congestion remarquable de sang dans le foie, dont l'existence est attestée par des observations répétées, trouve son explication dans les fonctions de cet organe qui concourt à la respiration chez le fœtus; la structure et la disposition de ses vaisseaux favorisent encore l'affluence du sang dans son tissu. Les autres organes de l'abdomen ne fournissent point de signes constans de mort; quelquefois les grosses veines, mais rarement les petits vaisseaux qui entourent les intestins grêles sont gorgés de sang. La vessie a été trouvée tantôt pleine, tantôt vide. Le méconium n'a également fourni aucun signe. Le placenta est d'une couleur livide, comme putréfié, et pour ainsi dire privé, ainsi que le cordon de vitalité.

Maintenant il nous reste à examiner quel sera l'événement qui surviendra de l'interruption de communication entre le placenta et le fœtus. Nous avons considéré cet organe comme tenant lieu de poumon chez le fœtus, et nous allons suivre cette analogie dans tous ses points. Le premier effet de la suspension de la respiration est un changement dans l'état du sang. Vient après la cessation des fonctions animales, et un peu plus tard de celles de la vie organique. La pulsation du cœur cesse, lorsque déjà depuis quelque temps les autres signes de la vie ont disparu, car la circulation du sang, soit chez le fœtus, soit chez l'adulte, ne s'arrête point en même temps que sa respiration. Si vous liez la trachée-artère d'un animal, du sang veineux s'élancera à travers sa carotide ouverte, sans interruption, ce qui n'aurait jamais lieu, si lors de la suppression de la respiration, le poumon ne laissait pas passer le sang. Chez le fœtus, un obstacle à la circulation ne peut être également supposé; car, tout en admettant ses poumons imperméables au sang, les voies qui servent de moyens d'union entre l'un et l'autre système vasculaire sont encore ouvertes. La circulation du fœtus ne doit et ne peut-être changée sur-le-champ. Si la congestion sanguine dans le cerveau, la stagnation de ce liquide dans le poumon, et son accumulation dans le cœur ne sont point le résultat de la suppression de la respiration et de la circulation ombilicales, il est nécessaire de chercher la cause de la mort dans le changement des propriétés du sang, dans le manque de sang artériel. Plusieurs auteurs avaient pensé que l'oreillette et le ventricule gauche ne pouvaient entrer en contraction que sous l'influence stimulante du sang artériel, et qu'aussitôt que le cœur était privé de son stimulus ordinaire, la mort devait survenir; mais les battemens du cœur persistent après la cessation de la respiration. La même objection se présente chez le fœtus, car la pression du cordon, tout en privant le cœur gauche de l'action stimulante du sang artériel, n'arrête point les contractions de cet organe. Suivant Bichat, un certain mode d'influence existe spécialement entre le cerveau d'une part, pour la vie animale, le poumon ou le cœur, d'une autre part, pour la vie organique. L'action de l'un de ces trois organes est essentiellement nécessaire à l'un des deux autres. Comme toutes les fonctions vitales sont soumises à cette influence mutuelle du système sanguin sur le système nerveux, il arrivera que, par le changement de circulation et par l'altération du sang, ces mêmes fonctions ne pourront plus régulièrement s'accomplir; car les organes, dont l'action n'était entretenue et provoquée que par le stimulus du sang artériel, cesseront peu-à-peu leurs fonctions, lorsqu'ils ne seront pénétrés que de sang noir, et lorsque le système nerveux aura préalablement reçu la funeste influence de ce liquide. L'appareil musculaire du cœur est également soumis à cette loi. Le cœur ne se contractera plus, lorsque le sang noir se sera répandu dans tout son parenchyme. Le contact de ce liquide diminue l'action du ventricule gauche; mais la mort ne survient que lorsqu'il en a pénétré la substance. L'influence du passage du sang noir varie suivant la structure et la nature des organes, d'après les belles recherches de Nasse. Le sang artériel est

principalement destiné à l'entretien des fonctions les plus élevées de la vie animale, soumises à l'empire de la volonté ou de la conscience, et le sang veineux à la nutrition et à la vie organique. Il n'est donc pas étonnant qu'à mesure que le sang se noircira, le cerveau et le système nerveux des organes centraux cessent les premiers de vivre et que les poumons, et enfin le cœur, soient les derniers à mourir.

Cette théorie nous rend raison de tous les phénomènes propres à l'asphyxie des enfans nouveau-nés. Elle nous explique pourquoi la stase du sang a lieu au cerveau, non-seulement dans les gros vaisseaux, mais encore dans les plus petits; pourquoi la stase du sang se fait surtout remarquer dans les parties les plus délicates, douées de plus de sensibilité, et composées d'un plus grand nombre de nerfs, comme à la face, aux lèvres, aux doigts, aux parties génitales, où elle nous est révélée par une couleur livide; elle nous apprend pourquoi le cœur de l'enfant mort asphyxié est rempli des deux côtés d'une égale quantité de sang, ce qui n'a pas lieu chez l'adulte.

Addition. — Les questions de médecine-légale qui sont relatives aux diverses conditions du cordon ombilical dans le travail de l'enfantement, sont entourées de tant de difficultés, que leur solution ne doit être donnée qu'avec beaucoup de circonspection. Avant tout, on ne doit pas négliger de déclarer que la respiration vaginale peut avoir lieu. Les observations d'Osiander, de Meissner et de Retgen ne laissent aucun doute sur son existence. Il est probable que ce sera surtout dans les conditions exposées, qu'elle s'établira, et on en conçoit la raison, si on reporte son attention sur ce que nous avons dit de l'antagonisme qui existe entre le placenta et les poumons. L'insufflation artificielle du poumon donne encore lieu à de grandes difficultés; car s'il est vrai qu'il peu se former dans ces organes une congestion sanguine chez le fœtus qui n'a pas respiré, à la suite de la suppression de la circulation ombilicale, aucune valeur ne s'attache au signe certain que nous avions, pour distinguer si la respiration s'est accomplie, ou s'il y a seulement insufflation. C'est une des objections les plus graves que Jaerger ait produites contre la découverte de Plouquet. Rœderer et Knebel ont vu, et nous avons également observé, qu'un fœtus nouveau-né peut mourir après avoir respiré faiblement pendant quelques instans; en effet, le travail d'un accouchement laborieux peut enlever aux organes de la vie animale toute leur vitalité, sans arrêter les fonctions de la vie organique, qui, quoique persistant pendant quelque temps, ne peuvent la rétablir.

Après avoir considéré les diverses conditions du cordon ombilical, où la vie du fœtus est en péril, sous le rapport des signes généraux ou communs qui leur appartiennent, nous allons étudier ceux qui sont propres à chacune d'elles.

De la procidence du cordon. — L'existence des causes qui favorisent le prolapsus du cordon n'a de valeur que dans les cas où d'autres signes particuliers se montrent. Knebel et Bernt ont considéré comme signe de cet accident la contusion et la sugillation du cordon au point où la compression s'est faite. Ce qui tend à démontrer cette assertion, c'est qui Michaelis a observé, dans un cas de procidence, deux endroits du cordon rouges et sugillés. Mais ce signe n'est ni certain, ni constant : la pression du cordon le plus souvent n'est pas telle, qu'elle puisse donner lieu à des sugillations. Le médecin doit principalement porter son attention sur le lieu de la tête où il rencontrera les traces d'une tumeur sanguine, quoiqu'elle soit déjà effacée; car les fœtus qui succombent dans les premières périodes du travail, ont cette tumeur de la tête placée dans le milieu de la suture sagittale, au lieu que chez des fœtus nouveau-nés elle se présente dans le quart supérieur et postérieur de l'un et l'autre pariétal. Enfin, il nous reste à noter que les fœtus, malgré la procidence du cordon, peuvent naître vivans, mais avec de telles conditions, qu'ils périssent, après avoir faiblement respiré. Knebel a rencontré des faits de cette nature. Mauriceau nous en rapporte deux exemples remarquables (1).

Des nœuds du cordon ombilical. — Le nœud du

---

(1) Comme la mort, dans ce cas, a été diversement expliquée par les auteurs, je vais rapporter les observations de Mauriceau. On verra qu'elle est survenue, quoique les enfans fussent arrivés à terme et doués d'une forte constitution.

« Le 22 août 1698, dit Mauriceau, j'ai accouché une dame d'un enfant mâle, qui expira aussitôt que je l'eus reçu; il s'était présenté la tête la première qui était la posture naturelle qu'il devait avoir; mais par un grand malheur pour cet enfant, c'était avec une continuelle sortie du cordon de l'ombilic, qui fut tellement comprimé par la tête de l'enfant durant toute la longueur du travail, que cet accident fut cause de sa mort en naissant de la sorte; à quoi je ne pus pas remédier par toutes les précautions que je pus apporter pour repousser au dedans ce cordon qui se présentait toujours devant la tête, qui le repoussait continuellement au-dehors à chaque douleur qui survenait à la mère; et comme ces douleurs étaient de très-mauvaise nature et peu efficaces, l'enfant fut tellement débilité par l'interception du sang dans ce cordon ainsi comprimé durant plus d'une grande heure, que ce fâcheux accident fut cause qu'il expira un quart-d'heure après être né de la sorte. J'aurais bien pu en cette occasion tenter de retourner cet enfant pour le tirer par les pieds, mais comme c'était un très-gros enfant, qui aurait rendu l'opération très-laborieuse, je n'eusse pas pu le faire sans mettre la mère en risque de la vie, aussi bien que l'enfant : c'est pourquoi je jugeai plus à propos de laisser venir l'enfant dans la posture où il s'était présenté, que de les mettre tous deux conjointement dans ce danger. » (Page 638, tome IIe.)

« Le 18 mars 1701, j'ai accouché une femme d'un gros enfant mâle qui était si faible qu'il expira un quart-d'heure après, à cause que le cordon de son nombril avait été poussé dehors dans le temps que je n'étais pas chez elle, au moment que les eaux s'écoulèrent, qui firent sortir avec elles ce cordon; et quoique je l'eusse réduit au dedans aussitôt que je fus arrivé, n'y ayant pas pour lors une dilatation de la matrice, ni des douleurs assez fortes pour espérer un prompt accouchement qui aurait été nécessaire pour le salut de l'enfant, dont la tête comprimait cependant toujours ce cordon, quoique réduit, cela débilita tellement l'enfant, qu'il expira, comme j'ai dit, un quart-d'heure après être né de la sorte, parce que l'enfant ayant nécessairement besoin d'être vivifié par le sang de sa mère qui lui doit être communiqué durant tout le temps qu'il est en son ventre, s'il vient à en être privé par la forte compression de son cordon, il ne manque pas de périr en très-peu de temps. » (Tome II, page 651).

cordon produit long-temps avant l'accouchement, laisse, dans l'endroit où il a lieu, des sillons comme traces de l'attouchement des parties qui le forment. Le cordon, au moment où il se dégage du nœud, se renfle un peu, il conserve une telle tendance à se maintenir noué, que si on le relâche et on le déploie, on le voit sur-le-champ revenir à son premier état. Il n'en est pas ainsi du nœud nouvellement contracté; une fois qu'il est déployé il ne laisse aucune trace. Aussi ne reconnaissons-nous que la mort est déterminée plutôt par un nœud qui s'est resserré durant le travail de l'enfantement, qu'à la plus grande brièveté du cordon.

De l'entortillement du cordon ombilical autour du cou de l'enfant. — La doctrine de l'entortillement du cordon offre bien des écueils au médecin-légiste; car ni l'expérience des poumons, ni la sugillation qui entoure le cou de l'enfant, ni les signes externes et internes de suffocation, ne permettent pas de décider si la mort du fœtus a été produite par accident ou par une main criminelle. Buttner cite un cas de cette espèce. L'enfant n'avait que six mois; une zône livide de peu d'étendue entourait le cou. Un exemple plus remarquable est rapporté par Jæger. Une femme accoucha secrètement d'un enfant qui vint au monde demi-asphyxié par le fait d'une double circonvolution autour de son cou, et fut accusée de lui avoir donné la mort par strangulation. Il existait au cou de l'enfant un sillon plus profond et plus étroit que celui que le cordon imprimerait. Il n'existait pas de sugillation. Les poumons étaient peu dilatés par l'air. Les cavités du crâne et du thorax contenaient beaucoup de sang. La question fut résolue avec sagacité par le collége des médecins de Wirtemberg, et cette décision fut confirmée par les aveux de la coupable. Dans l'observation de Servaes, on voit une mère criminelle se servir, pour la strangulation de son enfant, du cordon ombilical lui-même. Le fait raconté par Schwarz nous montrera encore d'autres difficultés: un enfant arriva au monde, mort, le cou étroitemnt serrée par deux circonvolutions du cordon. La face s'était présentée la première. Une zône livide entourait le cou, et constituait un sillon sensible à la vue et au toucher. La face était un peu tuméfiée, mais non livide. Tout le reste du corps était couvert de taches livides. Les vaisseaux coronaires du cœur et du ventricule, l'oreillette droite, étaient gorgés de sang; l'oreillette gauche vide et flasque. Les poumons tombaient au fond de l'eau, paraissaient gorgés de sang. Les veines du bas-ventre étaient tuméfiées par ce liquide; le cerveau ne présentait point de congestion. Si vous ajoutez que l'enfant se présentant par la face et dans la condition la plus favorable à l'accomplissement de la respiration vaginale, aurait pu respirer, vous aurez alors tous les signes de la suffocation par strangulation. Aussi est-ce avec raison que Plouquet, Knebel, Henke, etc., ont considéré la solution des questions dans une pareille matière, comme très-délicate et épineuse. Suivant Adolphe Plouquet, Henke, Hinze, Platner, Bernt, le cordon peut imprimer pas ses circonvolution une zône livide au cou de l'enfant. Klein, Elasser ont combattu cette opinion, et n'admettent point de zône produite par le cordon dans le travail de l'enfantement. Cependant l'expérience ne nous permet point de nier que des stries de sang peuvent quelquefois, mais rarement, se rencontrer sur le cou de l'enfant, à la suite de la pression produite par la circonvolution du cordon. Albert a observé une strie de couleur livide située à l'aisselle, de la longueur de sept lignes et de la largeur de deux lignes; mais une portion du cordon était comprimée. Schlegel a remarqué au cou d'un enfant qu'on avait fait périr, une excoriation livide. Scott a été appelé à juger dans un cas semblable. Il est important de prévenir, à l'exemple de Hedrich et de Clarus, qu'il peut survenir de la position du fœtus dans la matrice, de l'application de son menton sur la poitrine, et de la flexion du cou, un sillon, résultat du déplacement de l'enduit caséeux qu'on observe en abondance à cette dernière partie, sillon qu'on pourrait prendre pour l'effet de l'entortillement du cordon.

Enfin s'il existe une strie sugillée autour du cou, elle ne doit pas revenir directement sur elle-même; le sillon doit former un cercle dont les branches ne se réunissent point, mais s'entrecroisent, de manière que l'une s'échappe dans une direction, et l'autre en un autre sens. S'il n'en était pas ainsi, on devrait soupçonner une strangulation faite par une main criminelle, et ce soupçon prendrait plus de force si les poumons étaient distendus par l'air et contenaient du sang, et si on observait tous les autres signes de vie après l'accouchement.

De la brièveté du cordon ombilical. — La décision du médecin ne doit pas même être énoncée, si le cordon qui, par sa brièveté, est considéré comme cause de la mort du fœtus, ne lui est pas présenté. Dans les conditions les plus favorables, son opinion ne peut pas être fixée; car les connaissances qu'il a acquises sur les rapports du cordon avec l'axe du bassin, sur les dimensions du fœtus, l'état du cordon lui-même, l'insertion probable du placenta dans l'utérus et sur tout ce qui regarde l'accouchement et la délivrance, ne lui permettent pas de prononcer si la tension du cordon dans le travail de l'enfantement a fait périr le fœtus, ou si cette mort tient à une autre cause.

De l'accouchement du fœtus par les extrémités inférieures. — Quoique cette espèce d'accouchement soit souvent fatale au fœtus, le médecin-légiste s'est peu occupé à constater les effets de ce genre de mort. Il est vrai que dans ce cas la respiration vaginale peut difficilement être admise. Cependant elle ne peut être niée; il peut y avoir aussi insufflation après la mort. Toutes ces circonstances appellent sur ce sujet l'attention du médecin. Dans l'observation rapportée par Pyl, on rencontre tous les signes de cet accouchement, et la question paraît avoir été bien résolue. Dans le cas cité par Butner, la sage-femme avait fait l'extraction du fœtus. Dans le rapport on a négligé la compression du cordon et la tension probable de la moelle épinière. Si on ne découvre dans un enfant mort aucune trace de violence, on pourra conclure que sa mort provient de l'accouchement par les extrémités inférieures, si, aux signes que nous avons exposés sur la mort déterminée par la pression du cordon, on observe une tuméfaction aux parties génitales, au scrotum, chez le fœtus mâle, et aux lèvres chez une fille. On puisera encore de nouvelles connaissances dans les circonstances rapportées de l'accouchement, et dans l'examen des parties génitales de la mère.

—

De la luxation spontanée du fémur;

Par DZONDI (1).

La luxation spontanée du fémur présente, comme toutes les maladies inflammatoires, trois périodes distinctes, c'est-à-dire trois états successifs qui diffèrent entre eux, non-seulement dans leur essence, mais encore sous le rapport du pronostic, des chances de guérison, et du traitement applicable à chacun d'eux.

Dans la première période, dite période d'inflammation, l'on n'observe rien qu'une irritation inflammatoire qui occasionne l'afflux des liquides, et prépare la sécrétion du pus. Les symptômes soit internes, soit externes, ont alors peu d'intensité. Si, à cette époque, le mal est reconnu et traité convenablement, on peut compter sur une guérison complète qu'on obtiendra par les seuls moyens dynamiques.

La seconde période, ou période de suppuration, se distingue de la première en ce que, pendant sa durée, le pus commence à se former. Les symptômes locaux et généraux se prononcent davantage, principalement la douleur qui acquiert une grande vivacité. Alors, à l'aide d'un traitement bien dirigé, on peut espérer une guérison complète, mais lente, et qui exige toujours l'emploi de procédés mécaniques ou chirurgicaux, c'est-à-dire l'évacuation du pus par une ouverture artificielle.

La troisième période est celle du *fusement* du pus ou des altérations organiques. Dans cette période, le pus abandonne le point où il s'est formé, et se fraie un chemin vers l'extérieur. Dans ce déplacement il occasionne des lésions d'organes plus ou moins importans suivant la direction qu'il affecte. Alors le traitement le mieux entendu amène rarement une guérison complète. Le mal laisse toujours des traces plus ou moins profondes; quelquefois même la vie du malade est compromise. C'est l'état général et local qui décide s'il faut recourir à la chirurgie, ou se borner aux moyens médicaux.

Première période. — Dans la première période, la maladie se fait reconnaître d'une manière certaine aux signes suivans : claudication, douleurs, alongement du membre, enflure de la cuisse et difficulté de la fléchir.

La claudication qui, dans l'origine, ne se fait guère remarquer que par une démarche chancelante ou trainante, par l'affaiblissement et la promptitude à se lasser du membre malade, est le premier signe qui trahisse l'existence du mal chez les individus qui peuvent marcher. Assez souvent elle est accompagnée de douleur. L'irrégularité de la marche dépend de l'affaiblissement de la jambe dont les malades se plaignent toujours, de la crainte de réveiller la douleur, et, plus tard, de l'alongement du membre. Il faut donc observer d'un œil attendif la marche des enfans, surtout s'il leur arrive souvent de se plaindre qu'ils sont fatigués, de chercher à se reposer et à s'asseoir; car la claudication est quelquefois imperceptible est elle peut être méconnue pendant long-temps.

La douleur est un symptôme qui ne manque jamais, et qui souvent apparait en même temps que la claudication. Elle a son siége dans le voisinage de la hanche, tantôt au niveau de l'articulation, tantôt au-dessus ou au-dessous, et fort souvent dans le pli de l'aine. Dans le principe elle n'est ni fixe ni continue, elle se tait par intervalles, ou bien change de place, mais bientôt elle se fait sentir constamment dans le même endroit, et ensuite s'étend peu à peu dans toute la cuisse. Elle a tous les caractères de la douleur rhumatismale. Ce sont tantôt des élancemens vifs et passagers, tantôt une sensation de brûlure et de térébration, tantôt une pression sourde, ou même un sentiment incommode de malaise, de pesanteur, de tension ou de tiraillement. Cette douleur a encore ceci de commun avec celle du rhumatisme, que la chaleur d'un lit de plume l'augmente, tandis que celle des fourrures ou de la laine semble la calmer, et qu'elle est au moins dans les premiers temps, soumise à l'influence des variations atmosphériques. Quelquefois elle est si légère qu'elle ne s'éveille que par la pression; d'autres fois, au contraire, elle est violente dès le début, et accompagnée de la douleur au genou, qui d'ordinaire appartient exclusivement à la seconde période. Chez les enfans qui ne parlent et ne marchent pas encore, ce n'est que par la pression et par l'examen comparatif des autres symptômes qu'on peut reconnaitre l'existence de la maladie. Dans plusieurs cas la douleur est liée à une raideur très-prononcée, plus sensible le matin que pendant la journée : dans d'autres circonstances elle augmente pendant le jour par le mouvement, et devient insupportable le soir.

L'alongement du membre ne manque jamais, comme j'ai pu m'en convaincre par une expérience de trente années, quand il existe réellement une inflammation de l'articulation coxo-fémorale. Tant qu'il n'y a ni gonflement ni alongement de la cuisse, quand bien même il y aurait douleur dans le voisinage de l'articulation, il n'existe encore aucune inflammation des surfaces articulaires, et par conséquent aucun danger; il n'en est pas de même quand ces deux phénomènes se font remarquer. Pour bien juger de cet alongement on fait asseoir le malade sur une chaise, le plus en arrière possible. On a soin que les jambes soient portées parallèlement en avant, et que la ligne transversale du bassin, en arriere, fasse un angle droit avec celles des cuisses. On compare d'abord les deux genoux, et l'on observe si l'un d'eux fait plus saillie en avant que l'autre; ensuite, élevant à la fois les deux pieds, et les fléchissant fortement du côté du genou, l'on ramène les jambes dans la prolongation directe de la ligne des cuisses; alors on compare les deux talons pour voir si l'un des deux dépasse l'autre. Quand l'articulation coxo-fémorale est réellement enflammée, l'alongement du membre malade existe toujours dans la première et dans la seconde période, il est d'un demi-pouce au moins chez les petits enfans, plus considérable chez les enfans plus âgés, plus considérable encore chez les adultes; quelquefois il excède un pouce. Cet alongement s'explique très-bien par la disposition de l'articulation et par le gonflement des parties molles, sans que l'os soit lui-même altéré. La tête du fémur est contenue dans une cavité profonde à laquelle elle s'a-

(1) Extrait par le Dr. CHAMBEYRON, de l'*Allgmeine Medicinische Zeitung*. (Novembre 1833.)

dapte si exactement que, pour peu que son diamètre augmente, elle ne peut plus s'y loger, et tend plus ou moins à l'abandonner. C'est ce qui arrive aussitôt que le moindre gonflement survient dans les parties molles qui couvrent la tête du fémur, ou dans celles qui tapissent la cavité cotyloïde, c'est-à-dire dans la membrane synoviale et dans le cartilage.

Comme l'inflammation de ces diverses parties est inévitablement suivie de l'augmentation de leur volume, elle entraine aussi nécessairement le déplacement de la tête du fémur et l'alongement du membre. Pour se convaincre que les choses se passent ainsi, il suffit d'examiner l'articulation sur le cadavre d'un individu mort dans la troisième période, ou même de réfléchir à la disposition normale des diverses parties qui concourent à la former. On s'assure encore de l'alongement en faisant tenir le malade debout, ou bien, s'il s'agit d'un enfant, en le faisant asseoir sur une chaise ou sur une table; alors on se place derrière lui et l'on pose les deux mains sur les deux articulations de manière que les pouces portent sur les grands trochanters, et les doigts indicateurs ou médius sur les crêtes des os iliaques, et l'on s'aperçoit sur-le-champ que le grand trochanter du côté malade est situé plus bas et plus en dehors que celui du côté sain, et que par conséquent il se trouve à une plus grande distance de la crête iliaque. L'alongement de la jambe malade s'opère avec rapidité, quelquefois même il a lieu tout d'un coup; mais il disparait avec la même promptitude si l'on a recours de bonne heure à un traitement convenable. Cette circonstance prouve mieux que rien autre qu'il ne dépend pas du gonflement de l'os.

L'augmentation du volume des parties molles qui entourent l'articulation doit être considérée sous le rapport de la forme qu'elle revêt, des caractères qu'elle présente, de la position qu'elle affecte, et du degré qu'elle atteint. Pour bien apprécier sa forme, il faut considérer qu'elle dépend d'une double cause, savoir : de l'inflammation occasionée par l'irritation rhumatique et du déplacement de la tête du fémur et du grand trochanter. L'enflure primitive se reconnait par la simple inspection comparative des hanches et par une légère pression; l'enflure secondaire, celle qui dépend du déplacement en bas et en dehors du grand trochanter, s'apprécie aisément à l'œil, en tirant une ligne droite qui prolonge celle de l'épine du dos. Alors on voit distinctement que le côté malade est plus large que le côté sain, et que la fesse du même côté est un peu plus basse. En outre l'os de la cuisse, dans le voisinage du grand trochanter, et le trochanter lui-meme, semblent avoir acquis plus de volume. Si l'on regarde latéralement la hanche malade on voit aussi qu'elle est plus forte et plus large.

Le gonflement produit par le déplacement des os occupe toujours le même point, il ne diffère que par le degré. Celui qui résulte de l'irritation rhumatique a son siége au-dessus, au-dessous, en avant, en arrière, au centre même de l'articulation, ou dans toute sa circonférence. Ce dernier cas ne se présente que rarement, lorsque l'inflammation est très-vive et qu'elle a déjà duré quelque temps. Le caractère de l'enflure varie suivant le siége primitif de l'irritation locale rhumatique. Une enflure molle, flasque, prouve que l'irritation a débuté par la capsule articulaire; si elle est ferme, résistante, on peut assurer que l'irritation a commencé par le périoste, soit de la tête du fémur, soit de la cavité cotyloïde; une tension élastique annonce que les interstices musculaires sont le siége primitif de l'irritation. Ce n'est que dans la seconde et dans la troisième période qu'on observe l'empâtement et le gonflement œdémateux.

Quant à la place qu'occupe l'enflure, c'est assez souvent la capsule articulaire elle-même, mais il n'est pas rare non plus de la voir se développer sur un point quelconque du pourtour de la cavité cotyloïde. Quelquefois c'est l'os du fémur qui est envahi le premier, et alors il est assez ordinaire de rencontrer les premières traces de gonflement derrière le grand trochanter. Dans tous les cas cette apophyse est assez tuméfiée pour que cela seul fasse reconnaitre la maladie. Le degré de tuméfaction s'apprécie par la comparaison des deux hanches, en ayant égard aux deux causes distinctes que j'ai signalées.

La difficulté de fléchir la cuisse est une conséquence du déplacement de la tête du fémur qui tend la capsule articulaire en même temps que l'irritation dont elle est le siége la raccourcit. On doit bien se garder d'imprimer des mouvemens étendus à l'articulation, et de chercher à vaincre la résistance qu'on éprouve, car on s'exposerait à faire sortir la tête du fémur de la cavité cotyloïde, et à produire une luxation.

Quelquefois la maladie débute sans mouvement fébrile, mais quand l'inflammation est intense elle s'accompagne toujours d'une fièvre qui dans l'origine est de nature rhumatique.

La durée de la première période varie depuis quelques jours jusqu'à plusieurs années. Elle peut ne pas excéder neuf, sept et même trois jours, quand l'irritation rhumatique agit avec force, par exemple, lorsqu'un refroidissement notable et subit a succédé à une transpiration abondante, et que la constitution du malade réagit énergiquement. Quand l'irritation primitive est plus modérée, des semaines et même des mois peuvent s'écouler avant que la suppuration se déclare, surtout si l'organisme réagit avec mollesse. Enfin, le mal peut même devenir chronique, et rester indéfiniment stationnaire à la première période.

On range parmi les causes de la luxation spontannée, les agens morbifiques mécaniques, les chutes, les coups, les tiraillemens, les distensions, etc., la disposition scrofuleuse ou les scrofules déclarés, l'infection des liquides par la syphilis; *l'acrimonie* goutteuse. Mais je dois avouer hautement que, parmi les cas nombreux que j'ai vu depuis trente ans, il ne s'en est pas présenté un seul où la maladie pût être attribuée à l'une de ces causes. Les inflammations de l'articulation coxo-fémorale, accompagnées de claudication, qui sont le résultat de violences, comme des chutes, des coups, etc., diffèrent totalement de la luxation spontanée. Celle-ci reconnait toujours pour cause, à mon avis, une irritation rhumatique, c'est-à-dire, la suppression ou la répercussion de la transpiration et de la perspiration cutanée, dans un moment ou ces fonctions s'exécutent avec un haut degré d'énergie. En général, dans les cas où une irritation de cette nature détermine l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale, ce n'est pas le corps entier qui se trouvait exposé à l'action d'un air froid et humide, mais seulement la partie qui doit être le siége du mal, et qui était

accidentellement dans un état d'excitation, d'élévation de température, et de transpiration abondante. Les bonnes d'enfans lorsqu'ils ne marchent pas, les assoient souvent sur le sol frais et humide, surtout dans les jardins, après les avoir tenus plus ou moins long-temps sur les bras. Cette position sur le bras de la bonne ou de la nourrice échauffe chez ces enfans, le voisinage de la hanche, et augmente la perspiration cutanée de ces parties; si on les place ensuite le derrière tout nu, comme cela arrive d'ordinaire, sur la terre ou sur l'herbe, il est inévitable que la transpiration soit brusquement supprimée. Quand les enfans peuvent courir, et sont dans l'âge où ils aiment à se livrer à des jeux fatigans et qui provoquent une sueur abondante, il leur arrive souvent de s'asseoir sur le sol pour se reposer. Ce sont encore, dans ce cas, les parties qui viennent de faire le plus de mouvemens, et qui sont actuellement le plus baignées de sueur, qui sont exposées à l'action nuisible d'un sol humide et froid. Enfin, les adultes de la classe laborieuse, surtout les habitans de la campagne, s'asseoient à demi vêtus sur la terre humide et fraîche, s'y laissent même aller au sommeil, et s'exposent ainsi au refroidissement subit des parties mises en contact avec le sol. Aussi la luxation spontanée est-elle fort commune en Hollande, où le sol est toujours humide. Dans l'intérieur des habitations c'est presque toujours sur le plancher qu'on place les petits enfans, sans réfléchir que c'est l'endroit le plus froid, le plus humide, le plus malsain de l'appartement. On les y pose, soit au sortir de leur lit bien chaud, soit après qu'ils ont été échauffés sur les bras de leurs nourrice, et on les y laisse des heures entières exposés aux vents coulis qui circulent d'une porte à l'autre ou de la porte à la croisée. Souvent on voit de très-jeunes enfans assis sur le seuil des portes extérieures, y passer la majeure partie de la journée à jouer avec leurs camarades en butte à un courant d'air continuel. Il en est de même de ceux que leurs nourrices asseoient sur les fenêtres, le dos tourné du côté des vitres. L'habitude de laver les enfans avec une éponge au lieu de les mettre dans le bain, est encore pour eux une source d'accidens plus ou moins graves. Enfin, je dois signaler encore l'humidité dans le linge, les langes, les couches, l'air et l'habitation, comme des causes fréquentes de maladie.

Le siége primitif du mal, dans la luxation spontanée, n'est jamais, ni le centre de la tête du fémur (*carie centrale*), ni la membrane synoviale, ni le fibro-cartilage, ni les glandes synoviales; et quoiqu'il soit assez variable, il n'en est pas moins certain qu'il est toujours placé à l'extérieur de la cavité articulaire, et jamais dans son intérieur. Les ouvertures de cadavres ont accrédité l'opinion contraire parce qu'elles ne sont guère pratiquées que lorsque la maladie a atteint sa troisième période, et qu'alors toutes les parties de l'articulation ont été successivement altérées. *Le siége originel de l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale est la surface extérieure de la capsule articulaire, ainsi que les parties fibreuses qui l'avoisinent, aussi bien le périoste qui entoure la circonférence de la cavité cotyloïde que celui qui recouvre la partie supérieure du fémur.* Ainsi donc un espace circulaire qui s'étend à un pouce en tous sens autour du rebord de la cavité articulaire, et, sur le fémur, jusqu'au grand trochanter, est le champ dans lequel est circonscrite l'inflammation de l'articulation. Ce champ, dont la superficie est de plusieurs pouces carrés, ne s'enflamme pas d'ordinaire dans toute son étendue à la fois. Le plus souvent l'irritation est d'abord concentrée dans un point, soit sur une partie de la capsule, soit dans le périoste de l'os iliaque, au pourtour de la cavité cotyloïde, soit enfin dans le périoste du col du fémur, ou sur le grand trochanter; ensuite elle s'étend circulairement, mais avec une intensité moindre, à tout l'espace indiqué plus haut.

Suivant les observations que j'ai eu l'occasion de recueillir, les cas où le périoste est affecté le premier sont aussi nombreux que ceux où le mal débute par la capsule. Quelquefois même, au milieu de désordres considérables, occasionnés par de vastes collections purulentes dont la source était dans le périoste, j'ai vu la capsule intacte, la cavité articulaire sans traces de pus, la membrane synoviale et le cartilage parfaitement sains, quoique, pendant la vie, tous les symptômes de la luxation spontanée eussent existé.

Dans le principe, comme je l'ai déjà dit, c'est seulement la surface extérieure de la capsule qui est envahie. Quand l'irritant rhumatique a peu d'énergie, et que d'ailleurs la réaction est faible, l'inflammation ne pénètre pas jusque dans le tissu de l'organe. Alors même elle ne revêt jamais le caractère d'une inflammation tranchée, mais elle reste à l'état d'irritation inflammatoire. Une douleur et un gonflement médiocres, un alongement peu sensible de la jambe et une claudication légère sont les seuls phénomènes morbides qu'on observe; pendant des mois et même pendant des années, ils restent parfaitement stationnaires. Si au contraire, l'irritant rhumatique agit avec force, si les parties affectées réagissent énergiquement, le principe morbide pénètre dans le tissu de ces parties, les enflamme et les altère profondément. Le périoste est détruit en peu de jours au point que la sonde va frapper l'os entièrement dénudé; la destruction de la capsule exige plusieurs semaines. Au reste la rapidité avec laquelle ces altérations se développent dépend de l'intensité de l'inflammation et du traitement qu'on lui oppose.

Dans la première période, le pronostic est en général favorable si le traitement est bien dirigé; et il ne reste aucune tendance à la récidive.

Les moyens à l'aide desquels on se propose de maîtriser, d'expulser l'irritant rhumatique, et qui peuvent être employés même par les personnes étrangères à l'art, sont les suivans :

1° *Bains tièdes ou chauds.* Les bains doivent être pris en commençant à 26 ou 28 degrés (Réaumur) et, dès que le malade y est plongé il faut élever rapidement la température. Pendant la durée du bain, qui doit être d'une demi-heure à une heure, il faut faire boire au malade de l'eau chaude, et lui frotter avec du son tout le corps, surtout l'articulation malade, la région sacrée et la cuisse. Au sortir du bain, on l'entoure d'un drap bien chaud et on le porte dans son lit sur lequel on a étendu d'avance une couverture de laine, dans laquelle on l'enveloppe avec soin, parce que la chaleur de la laine, ainsi que celle des fourrures est très-favorable à la peau. Selon l'efficacité du premier bain, les suivans sont administrés tous les jours ou tous les deux jours. Si la suppuration a déjà commencé les bains sont inutiles, et même la cha-

leur augmente la douleur locale. Si donc le premier bain exalte la douleur de manière qu'elle persiste avec une certaine intensité, c'est la meilleure preuve qu'on puisse avoir que le mal est arrivé à sa seconde période.

2° *Boissons chaudes.* Eau chaude pure, ou infusion théiforme de sureau.

3° *Élevation de la température locale et excitation des parties malades.* Le premier résultat peut être obtenu par l'usage d'étoffes de laine, de flanelle par exemple; on arrive au second en recouvrant la hanche d'une peau fine, et de taffetas ciré commun. Les peaux à longs poils, comme celle du chat, développpent une trop grande tension électrique, et favorisent moins une douce transpiration que les peaux de jeunes agneaux qui sont très-fines et recouvertes d'une laine courte et frisée, surtout si on les emploie concuremment avec le taffetas ciré. Ces fourrures agissent non-seulement en élevant la température locale et en favorisant la transpiration, mais encore par leur tension électrique.

4° *Observation des règles hygiéniques pour l'appartement et pour le lit du malade; vêtemens de laine, de flanelle, immédiatement appliqués sur la peau de tout le corps, soin d'éviter tout mouvement, tout effort du membre malade.* Par ces moyens simples auxquels on peut ajouter vers le troisième jour, mais non auparavant, un petit vésicatoire à la cuisse, au-dessous du grand trochanter, on arrête, neuf fois sur dix, la luxation spontanée à son début.

Cependant l'irritation inflammatoire ne cède pas toujours à cette médication peu énergique, surtout quand elle n'est pas employée à temps, quand le refroidissement a été considérable, et que l'action de la peau est faible. Il faut alors recourir aux moyens suivans.

Je me suis convaincu, par de nombreuses expériences, que non-seulement dans l'inflammation rhumatique de l'articulation coxo-fémorale, mais encore dans toutes les maladies qui dépendent d'une cause analogue, principalement quand elles ont les yeux pour siége, aucun remède n'est plus efficace, au moins au début de la maladie, que le tartrate antimonié de potasse, seul, ou mieux encore combiné avec l'opium, surtout quand la douleur est très-vive et qu'il y a tendance au dévoiement. Il va de soi-même que la dose d'opium doit être proportionnée à l'âge. Elle est, pour les tout petits enfans, d'un cinquième de grain. La dose d'émétique doit toujours être forte comparativement, et répétée tous les quarts-d'heure; ordinairement je fais dissoudre onze grains d'émétique dans six onces d'eau distillée, et je fais prendre cette solution par cuillerées à bouche aux adultes, par grandes ou petites cuillerées à café aux enfans, suivant leur âge.

Sudorifiques.—Indépendamment des moyens diaphorétiques indiqués ci-dessus, j'emploie la poudre de Dower à la dose de 2, 5 ou 8 grains, dans une boisson chaude; je répète la dose d'heure en heure jusqu'à ce qu'il s'établisse une sueur abondante.

Narcotiques.—J'ai en outre recours à l'opium comme moyen propre à calmer la douleur; car c'est un fait démontré par l'expérience, que, tant qu'il existe une douleur intense, non-seulement le rétablissement de l'activité organique normale est impossible, mais encore les remèdes les plus énergiques restent sans influence sur l'organisme. Je fais prendre l'opium à l'intérieur aux adultes, à la dose de deux grains par heure, jusqu'à ce que la douleur soit calmée. Chez les petits enfans je fais frictionner la hanche malade avec la teinture d'opium, d'heure en heure, jusqu'à ce que l'effet narcotique soit produit. Quelquefois aussi je l'emploie de la même manière chez les grandes personnes.

Le mercure peut être administré à l'intérieur sous la forme de calomel, à l'extérieur sous celle d'onguent, mais seulement dans un petit nombre de cas, quand les moyens indiqués ci-dessus ont échoué faute d'être appliqués à temps, ou bien quand l'inflammation dure déjà depuis longtemps et menace de passer à la seconde période.

Les saignées locales et générales, les applications froides, ou chaudes et humides, les purgatifs et tous les autres moyens qui tendent à affaiblir l'activité de la peau, ne sauraient, à mon avis, trouver ici leur application; l'emploi du cautère actuel est au moins inutile.

Deuxième période.— De nouveaux symptômes viennent se joindre à ceux de la première période qui persistent encore, bien que leur forme ait changé; l'époque de transition est annoncée par l'apparition d'une douleur vive au genou, qui se lie à celle de la hanche, devenue pulsative, et la surpasse souvent en intensité. Plus l'inflammation est violente, plus la douleur du genou est énergique; plus cette douleur est intolérable, plus la sécrétion du pus est rapide. Le temps le plus court que j'aie vu s'écouler entre l'apparition de la douleur au genou et la manifestation de la suppuration, a été de trois ou quatre jours. Quelquefois la douleur du genou débute en même temps que celle de la hanche, ou peu de jours après. Alors la première période est fort courte, et la suppuration peut avoir lieu le 4e ou le 5e jour de la maladie.

Cette douleur au genou, qui prive le malade de sommeil et le tourmente bien plus que celle de la hanche, est le résultat de la sympathie qui existe entre les organes fibreux, sympathie dont nous avons plusieurs exemples, mais qui cependant n'est pas encore assez démontrée.

La claudication, l'alongement du membre, la difficulté de le mouvoir se prononcent davantage, au point que souvent le malade ne peut plus se soutenir sans béquilles.

En même temps l'enflure acquiert plus d'étendue et de volume; on voit surtout s'élever le point au-dessous duquel le pus est profondément situé; on perçoit facilement la fluctuation en pressant alternativement avec les deux doigts indicateurs placés à une distance convenable l'un de l'autre.

La sécrétion du pus marche en raison directe de l'intensité de l'inflammation et de l'énergie de la réaction. Quelquefois il s'écoule 8, 10, et même 14 jours avant qu'il se soit formé une collection purulente d'un certain volume. La présence du pus est annoncée: 1° Par la douleur vive, le plus souvent pulsative, qui s'est fait sentir à l'avance dans le lieu même où se forme la collection; 2° par la douleur aiguë du genou; 3° par la mollesse des tissus autour du foyer et par la fluctuation; 4° par le caractère œdémateux que revêt le gonflement, surtout au-dessous du même foyer: je ne saurais affirmer que cet œdème se manifeste le jour même où la collection commence à se former, mais

il suit de près cette époque, et l'indique d'une manière positive. 5° La diminution de la douleur est l'indice de la parfaite formation du pus; ce liquide, ténu, âcre et comme corrosif, est toujours fourni, au moins dans les premiers temps, par l'extérieur de l'articulation et des organes fibreux, soit par la capsule articulaire, soit par le périoste voisin.

La durée de la seconde période est soumise aux mêmes conditions que celle de la première, et varie suivant la qualité plus ou moins irritante du pus. J'ai rencontré certains cas dans lesquels le pus, dès le cinquième jour de sa formation, avait déjà tellement rongé le périoste, que j'ai reconnu au moyen de la sonde une dénudation complète de l'os, dans l'étendue de plus d'un pouce. Dans d'autres circonstances, il n'avait occasioné aucune altération après un séjour de six semaines, et n'avait pas encore abandonné son foyer primitif.

Le pronostic est loin d'être aussi favorable que celui de la première période; il est cependant d'autant moins fâcheux que les secours convenables ont été administrés plus à temps. Si l'on ouvre une issue au pus, dès que la collection est formée, on obtient assez promptement une guérison solide. Dans quelques cas malheureux la guérison complète se fait attendre des mois et même des années.

Le but du traitement, dans la seconde période, est d'expulser l'agent rhumatique qui, vraisemblablement, se trouve alors concentré dans le pus, et par suite d'obtenir la disparition de l'inflammation. Le premier de ces deux résultats ne peut être obtenu que par l'incission. Cette opération, en même temps qu'elle procure l'évacuation du pus, détruit la cause de l'inflammation, et remplace les moyens dynamiques, dirigés vers le même but dans la première période. Elle est donc, non pas un simple moyen palliatif, mais l'agent d'une cure radicale, car si elle ne peut enlever l'inflammation en un clin d'œil, elle en annulle du moins la cause; et c'est là le principal. Elle est encore le seul moyen efficace, sans même en excepter l'application du fer rouge. Elle doit être pratiquée le plus tôt possible, c'est-à-dire aussitôt que la formation de la collection purulente est certaine ou même très-probable. On la pratique dans le point où la fluctuation se fait sentir, ou bien, s'il n'y a pas de fluctuation, dans le point où existe la douleur pulsative. Il faut se servir pour cette opération, non d'une lancette, mais d'une rondache, de celles qu'on appelle vulgairement bistouris de Vienne (1). Le couteau doit être tenu de manière que la lame soit autant que possible parallèle à la surface de la peau; puis, à mesure qui le tranchant convexe pénètre dans les parties, le manche s'élève en décrivant un arc de cercle, tellement qu'à la fin de l'opération l'instrument se trouve dans une position perpendiculaire à la membrane fibreuse sur laquelle le pus repose ordinairement. Il se rencontre toujours au moins au-dessous de l'aponévrose cruciale, et par conséquent il faut plonger le bistouri profondément jusqu'à ce que le pus s'écoule au-dehors sur la surface de la lame.

(1) Bistouri convexe sur le tranchant.

Pour assurer l'entier écoulement du pus dont la sécrétion se continue encore pendant quelque temps, il suffit de placer dans la plaie, pendant deux ou trois jours, une mèche de linge effilé qu'on fait pénétrer jusqu'au fond du foyer. Ensuite on peut se contenter d'une simple application de charpie enduite d'huile ou d'autre onguent simple, uniquement pour prévenir le contact de l'air.

Le pus ne tarde pas à ne plus couler que goutte à goutte; seulement d'intervalle en intervalle il s'en écoule une plus grande quantité à la fois, surtout si la transpiration se trouve supprimée. Ensuite l'écoulement du pus cesse complétement pendant quelques jours, et la petite ouverture se ferme; de temps en temps, elle se rouvre d'elle-même, donne issue à un suintement purulent, et finit par se cicatriser d'une manière définitive.

Il faut en outre seconder les efforts que fait la nature pour éliminer l'inflammation, par l'application des moyens déjà recommandés dans la première période, principalement des bains tièdes, des linimens faits avec l'ammoniaque et la teinture d'opium, de l'onguent mercuriel associé à l'opium, ou enfin du calomel, combiné aussi avec l'opium, et administré à doses petites et peu rapprochées. Quand la douleur de la hanche et celle du genou sont calmées, car elles disparaissent en général après l'évacuation du pus, on peut employer localement, pour faciliter le retour de la mobilité, d'abord l'onguent gris associé à l'opium, et plus tard, quand la plaie est guérie, un emplâtre composé avec l'ammoniaque et le vinaigre scillitique, qu'on laisse en place durant quelques semaines. On exige que le malade se serve d'une béquille et ne s'appuie jamais sur la jambe malade. Ceci est important et doit être observé jusqu'à ce que l'extension complète de la jambe soit devenue facile. Du reste, le temps que l'ouverture, pratiquée pour donner issue au pus, met à se fermer après l'écoulement de celui-ci, varie de quelques jours à plusieurs mois.

Sont inapplicables, dans le cours de la deuxième période, les maturatifs, les fondans, les révulsifs, et les vésicans.

IIIe *Période.*— La douleur de la hanche et celle du genou persistent encore, bien que leur intensité soit moindre, au commencement de la troisième période; celle du genou disparaît ensuite et quelquefois même celle de la hanche disparaît aussi. D'autres fois elles persistent toutes deux avec assez de violence, ou revêtent le caractère périodique.

L'enflure s'accroît d'abord dans cette période, à cause de l'accumulation du pus. Mais quand celui-ci commence à abandonner son foyer primitif et à détruire les parties environnantes, elle quitte aussi le point où elle s'était montrée d'abord, et elle suit dans son déplacement la même direction que le pus. Si ce liquide se fraie un chemin dans la cavité articulaire, elle abandonne son siége primitif sans reparaître ailleurs, jusqu'à ce que, la quantité de pus augmentant toujours, les tégumens soient de nouveau soulevés. Quand l'inflammation et la suppuration ont débuté par le pli de l'aine, l'enflure se porte en avant, et descend avec le pus le long de la cuisse. Elle perd ensuite sa dureté, et les parties reviennent à l'état naturel, sauf un peu de fluctuation à l'endroit qui correspond au foyer purulent.

C'est dans cette période que survient le raccourcissement du membre qu'on attribue d'ordinaire à la sortie de la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde, mais qui reconnaît en outre les causes suivantes :

1° L'irritation sympathique du col du fémur occasionne le changement de direction de cette partie, qui vient à former un angle moins ouvert avec le corps de l'os.

2° L'amincissement des cartilages articulaires et des membranes synoviales détermine à lui seul un raccourcissement d'un tiers de pouce.

3° L'altération de la cavité articulaire et celle du col du fémur qui se raccourcit, se déforme, et devient rugueux, anguleux, etc., produisent encore un raccourcissement d'un demi-pouce à trois-quarts de pouce.

4° Le fémur lui-même s'altère et se raccourcit d'un demi-pouce à un pouce.

5° Le raccourcissement le plus marqué résulte de la sortie de la tête de l'os hors de la cavité articulaire, et varie de un à deux pouces.

6° La destruction des cartilages articulaires et de la membrane synoviale peut donner un raccourcissement de trois-quarts de pouce, qu'il y ait ou non soudure et ankylose.

7° Enfin la perforation du fond de la cavité cotyloïde, et le passage de la tête du fémur dans l'intérieur du bassin sont encore une nouvelle cause de raccourcissement.

Les altérations locales qu'on rencontre sur les cadavres d'individus morts dans la troisième période de l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale doivent être simplement considérées comme des suites du déplacement du pus corrosif que la nature s'efforce de rejeter hors de la sphère de l'organisme. Voici quelles sont ces altérations : 1° La suppuration du tissu lamineux inter-musculaire ; 2° la perforation des aponévroses et des tégumens, au moyen de laquelle le pus se fraie une route au-dehors ; 3° la destruction des parties fibreuses sur lesquelles repose le pus, notamment du périoste du fémur, de celui du pourtour de la cavité cotyloïde, et de la capsule articulaire ; 4° la dénudation de l'os, la nécrose ou la carie consécutive de la partie de l'os qui se trouve en contact avec le pus ; 5° l'introduction du pus dans la cavité articulaire à travers la capsule, en partie détruite, ou comme je l'ai observé, par la rebord osseux de la cavité cotyloïde, la capsule restant intacte ; 6° l'absorption et la destruction de la membrane synoviale et du cartilage articulaire, de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde ; 7° la séparation de ces parties, la carie secondaire et la destruction de dehors en dedans de la tête du fémur et de la cavité articulaire par l'action du pus, et quelquefois la séparation de la tête et du col du fémur ; 8° la destruction du rebord de la cavité articulaire et le déplacement de la tête du fémur ; 9° l'érosion de la paroi postérieure de la cavité cotyloïde, et le passage du pus et de la tête du fémur dans le bassin ; 10° l'infiltration du pus entre le péritoine et la membrane fibreuse interne des muscles du dos et du bas ventre, le long des côtes, sur le bord supérieur de l'os iliaque, et jusque sous le diaphragme.

On trouve encore, comme conséquences de l'irritation inflammatoire déterminées par le contact du pus, et comme preuves de l'activité organisatrice de la nature, des excroissances charnues dans la cavité de l'articulation, des concrétions osseuses dans le voisinage de la tête du fémur ou de la cavité articulaire, la soudure de l'os du fémur dénudé avec la cavité cotyloïde, l'érosion et la déformation de l'os iliaque, la déviation, le relâchement ou la tension des muscles de la cuisse et du bassin, la déformation de la cavité articulaire quand la tête du fémur en est sortie, et la formation d'une cavité nouvelle ; le poli et l'apparence éburnée de la surface de la tête du fémur et de la cavité articulaire, le craquement remarquable et permanent de l'articulation, accompagné de douleur, comme j'ai eu occasion de l'observer ; l'abaissement de la tête du fémur et du col porté au point de former un angle droit ou même un angle aigu entre ces parties et le corps de l'os ; l'amaigrissement progressif, la fièvre hectique, la mort par épuisement.

La troisième période a toujours une marche chronique ; elle dure des mois et des années.

Le pronostic dépend de trois circonstances principales : 1° du point où le pus s'est accumulé primitivement : il est plus favorable quand le pus s'est accumulé sur quelques points du périoste, au pourtour de la cavité articulaire ou du fémur, au-dessous de la capsule, que lorsque l'accumulation s'est faite au-dessous de cette gaîne membraneuse ; 2° du chemin que le pus a suivi pour s'ouvrir une issue à l'extérieur : le cas le plus favorable est celui où il fuse en haut et en bas, dans les interstices musculaires, sans altérer la capsule ; 3° de la violence de l'inflammation et du degré d'altération qu'elle occasionne dans la capsule articulaire. Suivant que les circonstances indiquées ci-dessus sont plus ou moins heureuses, on peut espérer de voir, soit le retour complet du membre à l'état naturel, soit la guérison avec ankylose, soudure des os, immobilité et raccourcissement de la jambe. Quelquefois la maladie se termine par la mort.

Le but du traitement, dans cette période, est de procurer l'évacuation du pus, si déjà la nature ne l'a pas opérée. L'incision doit être répétée aussi souvent que l'accumulation du pus se renouvelle, soit dans un point, soit dans un autre. Quand une issue a été ouverte par l'art ou par la nature, il reste au médecin à faire tout ce qui a été prescrit pour la seconde période, c'est-à-dire, à conserver au pus un libre écoulement, à détruire l'inflammation et à soutenir les forces. Sous ce dernier rapport, une alimentation convenable, un air frais, des bains chauds, sont de beaucoup préférables aux moyens excitans qui altèrent souvent les forces digestives de l'estomac, etc.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DE CLINIQUE

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ, ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS.

PAR MM. BAYLE, CAYOL, MARTINET RÉCAMIER.

FÉVRIER 1834.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

Considérations historiques et critiques sur les fièvres;

Par HIPPOLYTE COMBES, de Castres (Tarn), D. M.

« Les habitans du Mexique portent chacun en passant sur le grand chemin une pierre à la grande pyramide qu'ils élèvent au milieu de la contrée. Nul ne lui donnera son nom ; mais tous auront contribué à un monument qui doit survivre à tous. »

(Mme DE STAEL, De l'Allemagne.)

« Une théorie exclusive de solidisme et d'humorisme est un contre-sens pathologique, a dit le célèbre Bichat. » Nous n'avons pas pour but de nier l'évidence de cette proposition. Seulement nous porterons encore plus loin l'esprit de conciliation qui l'a dictée, et nous ajouterons qu'une théorie de localisation exclusive pour toutes les maladies en général, et en particulier pour celles qui composent *la classe des fièvres*, serait aussi, dans l'état actuel de la science, quelque chose d'incomplet et de faux, démenti à chaque instant par l'observation des praticiens les plus distingués de l'époque et par la lecture des anciens auteurs.

Dans l'histoire des fièvres, la question de leur *essentialité*, résolue affirmativement ou négativement est celle qui domine toutes les contestations élevées à leur égard. D'abord, en remontant à travers les siècles, on voit qu'au commencement de la médecine, toutes les maladies étaient regardées comme *générales*. Depuis Galien seulement, on a appris à distinguer dans notre organisme une vie commune à toutes les parties qui le composent, et une vie particulière, inhérente à chacune d'elles. Qu'on se rappelle la distinction établie par cet auteur, entre les fonctions privées et les fonctions publiques : remarquons toutefois que cette division ne pouvait être rigoureusement démontrée que par l'étude anatomique de nos organes, et que l'importance de celle-ci n'a été réellement reconnue, justifiée et exagérée que depuis Bordeu, Bichat et l'école physiologique moderne.

Consensus unus, conspiratio una.... omnia habent in circuitum, omnia principium et omnia finis, avait dit Hippocrate en parlant du corps humain. On avait sans doute oublié cette sentence, lorsqu'on a émis ces principes contraires : « Qu'est l'observation si on ignore le siége du mal ? » « Quand est-ce que tous les médecins seront convaincus qu'il n'y a pas de sensation douloureuse qui ne dépende d'une altération appréciable, et que les mots symptomatique et nerveux sont, aussi bien que le mot hasard, des voiles de l'ignorance ? » (1)

L'histoire de la pyrétologie n'est que le corollaire de ce que nous venons de constater pour la pathologie générale. Dans la doctrine des anciens une fièvre était regardée comme une maladie de l'organisme entier : ainsi que son étymologie l'annonce (*februare*, purifier), on voyait dans la fièvre un moyen employé par le principe de la vie pour assainir notre corps, pour éliminer les parties qui lui sont nuisibles. Les substances délétères, disait-on, sont transportées par des mouvemens synergiques d'une utilité constante vers tel ou tel organe ; le médecin n'est jamais que l'interprète de la nature; son art consiste à la seconder, ou à éloigner les complications qui surviennent. D'après Hippocrate et ses sectateurs primitifs, il n'est point de maladie fébrile, depuis la peste jusqu'à la simple fièvre éphémère, qui ne tende essentiellement à la conservation du corps : « *Febris*, dit un aphorisme de Stoll, *est affectio vitæ conantis mortem avertere.* »

Ces états particuliers, ces manières d'être de notre économie sont (toujours d'après la même doctrine) déterminés par des causes matérielles, contre lesquelles réagit un prin-

(1) M. Broussais, *Phlegm., chroniq.*, tom. III, p. 63.

cipe vital, doué de facultés analogues à celle de l'ame : la comparaison du monde moral avec le monde physiologique a fait dire que, de même que l'ame, le principe vital a *aussi des idées, idée normale ou fonction, idée morbide ou maladie*, et servira à démontrer ce que les anciens entendaient par une affection pathologique (*παθεμα*) en général, et par une fièvre en particulier. D'après cela, il sera facile de comprendre pourquoi la doctrine des crises a servi de fondement à la thérapeutique des anciens, et comment il en est à peine fait mention dans les livres modernes. Ce n'est point ici le lieu de s'occuper de cette question, quoiqu'elle soit pour nous de la plus grande importance.

On sentira aussi comment l'essentialité des fièvres demeurait incontestée à cette même époque, où leur définition était basée sur la description de plusieurs symptômes ou même d'un seul, le plus dominant de tous. « *Qui primi omnium medicinæ initia et quasi fundamenta jecerunt, quum ipsi rudem adhuc et incultam rerum cognitionem haberent, nomina morbis confinxerunt non ex essentiâ rei cui primum et maximè medemur, sed ex eo quod forte primùm occurreret.* A l'appui de ces paroles de Fernel, il nous suffira de citer Galien et Boerhaave, et de déclarer en même temps que leurs théories, demeurées incomplètes, préparèrent la réaction dont nous allons donner une esquisse rapide.

La science grandissait, devenait matérialiste, indépendante et railleuse des anciennes doctrines. L'anatomie pathologique menaçait d'envahir complétement l'art de guérir ; et même encore aujourd'hui, malgré ses défaites, nous sommes obligés, tout en constatant les services éminens qu'elle a rendus, de déclarer qu'on les a exagérés, surtout dans la question qui nous occupe. Ainsi on a voulu trouver le caractère anatomique de la fièvre, et distinguer ses diverses espèces par des affections locales, par des altérations organiques. La disposition et la structure normales des parties étant regardées comme les causes nécessaires des fonctions, les maladies n'étaient que le résultat des lésions de ces mêmes parties. Toutes les maladies, localisées dans chaque système, dans chaque appareil, dans chaque fibre, ne diffèrent entre elles que du plus au moins, et sont, pour ainsi dire, numérotées sur chacune de ces parties ; de telle sorte qu'on devrait se reconnaître sur cette carte, comme sur celles des départemens.

A la fin du seizième siècle Baillou avait posé ce problème : « *Atque hercle magna questio esse potest an non essentiales febres peculiarem affectionem partium sequantur?* » Ce doute ainsi manifesté trouva de l'écho; tous les travaux de l'époque tendirent dès-lors à le changer en affirmation ; et ces travaux devenaient d'autant plus actifs, qu'on commençait dès-lors à se rassurer contre les dangers qu'on avait crus attachés à l'ouverture des cadavres. Cependant les révolutions scientifiques ne sont pas l'ouvrage d'un jour. Semblables aux révolutions politiques, elles marchent à leur but avec lenteur, mais avec persévérance, et, comme elles aussi, elles le dépassent souvent, injustes et oublieuses des travaux antérieurs qui les préparèrent, et dont elles sont sorties comme d'une matrice.

L'incertitude sur cette grande question « les fièvres essentielles ne sont-elles pas le résultat de quelque lésion organique ? » demeura donc encore. C'était déjà beaucoup qu'on eût osé toucher aux vieilles traditions médicales. On ne les démolit que peu à peu, pièce à pièce ; comme si l'on craignait de n'avoir rien à leur substituer, comme si les idées nouvelles, bonnes pour détruire, paraissaient ne pas avoir la même valeur pour constituer. On en était encore à ce point du temps de Morgagni lui-même, puisqu'il consacre quelque-unes de ses observations à établir « qu'après des fièvres qui furent graves et qui causèrent la mort plus tôt qu'on ne s'y attendait, on ne trouva rien qui correspondit à leur gravité et à leur violence ; tant ce par quoi les fièvres sont funestes est souvent caché. » (1)

L'auteur que nous venons de citer, n'en est pas moins un de ceux dont les efforts contribuèrent le plus à imprimer à la science l'impulsion qu'elle a suivie jusqu'à nos jours. La plupart de ses observations sont complètes ; car, presque toujours à la descripion des symptômes observés pendant la vie, il joint celle des désorganisations cadavériques. Il ne recule plus que devant les nécropsies d'individus morts de maladies contagieuses, et déclare ingénûment « qu'il n'ose pas imiter le courage de Winger qui disséqua un enfant mort de la variole, quoiqu'il ne l'eût jamais eue (2). »

Si l'on continue cet examen historique, on voit que les anciennes doctrines pyrétologiques n'ont pas entièrement disparu. Elles ont existé long-temps et même n'ont jamais entièrement cédé aux nouvelles ; car elles aussi ont leur part de vérité. Le corps humain est à la fois *un* et *multiple*, *actif* et *passif*. Le système de l'*activité absolue* n'est pas plus vrai que celui de *la passivité absolue*. La *localisation exclusive* des phénomènes morbides n'est pas mieux fondée que leur *généralisation exclusive*. Aujourd'hui même il serait aussi difficile de prouver que toute fièvre est une lésion organique, qu'il le serait d'établir, suivant la doctrine des anciens, que toute fièvre est un être inconnu de même ordre que la vie, dépendant d'une même cause, substance ou abstraction simple, n'importe, puisque, dans cette dernière hypothèse, le principe vital est souvent dans une sorte d'indépendance des organes.

D'après ce qui précède, il sera facile d'expliquer les idées de Boerhaave et de Stoll sur la manière de considérer les fièvres. L'humorisme était trop puissant à cette époque, pour qu'on pût les regarder comme une affection des solides. Dès-lors il n'est pas étonnant qu'une telle assertion n'ait pas été émise par ces auteurs. Ce qui est plus surprenant peut-être, c'est qu'ils aient écrit que la fièvre n'était due ni à la fermentation, ni à la dissolution des humeurs, ni à leur coagulation, ni à leur destiné, mais que c'était une maladie de toute la substance : « *Febris morbum esse non hujus solùm vel illius humoris sed totius substantiæ.* » (3)

L'anatomie pathologique n'est donc pas encore, à cette époque, toute la médecine ; nous venons d'assister à sa nais-

---

(1) Morgagni, *De sed. et caus. morb.*, tom. VIII, p. 13 ; *id.* p. 74.

(2) *Ibid.* p. 74.

(3) *Aphorism.*, trad. de Corvisart, p. 4.

sance, et nous l'avons vue déjà puisante du temps de Morgagni. Bientôt nous la rencontrerons grande et forte, se proclamant l'omniscience, accueillie par le plus grand nombre, comme la source de toutes les vérités, comme le remède à toutes les erreurs des temps passés. Pour nous, elle sera ce qu'elle doit être, *une spécialité dans l'art de guérir*, une branche importante du tronc plus important encore dont elle est sortie, la science des maladies proprement dite.

Après avoir reconnu que l'ouverture des cadavres a été d'une utilité incontestable dans l'étude des fièvres, qu'elle a éclairé certaines conditions de ces affections morbides, il restera à faire la part de ce que nous a appris la lecture de nos devanciers. Ce n'est pas de notre bouche que sortiront des paroles de mépris pour ceux qui ont dit souvent beaucoup plus que nous n'avions vu nous-mêmes. Le plus ancien et le plus illustre nous apprend qu'une grande partie de notre art consiste à étudier et à juger sainement les faits renfermés dans les ouvrages des autres. Nous pensons donc qu'aujourd'hui il n'est pas plus permis de méconnaître les services rendus dans ces derniers siècles par les nécropsies, qu'il ne le serait de ne pas rendre justice aux autres moyens d'établir le pronostic et le diagnostic de toutes les maladies en général et des fièvres en particulier.

D'un côté, l'on doit rechercher *quelles sont les conditions organiques* des affections pathologiques, celles qui, appréciables aux sens, se rattachent plus spécialement à la localisation; de l'autre, au contraire, étudier notre économie du point de vue de l'unité, de la synergie qui préside à tous ses actes. Ce sont surtout ces conditions générales de l'organisme, celles qui appartiennent au corps vivant tout entier, fonctionnant comme un seul organe, qui ont été mises en évidence par Hippocrate et ses sectateurs.

Parmi ces derniers, l'on doit citer les médecins de l'ancienne école de Montpellier, qui ont si long-temps résisté aux détracteurs de l'hippocratisme, et enfin la *Revue médicale* qui en est la dernière expression. Les noms des Barthez, des Dumas, des Bérard, des professeurs Cayol et Récamier rappellent dans cette direction des efforts glorieux.

Il y a à peine une année qu'une voix éloquente (1) faisait entendre dans la faculté que nous venons de nommer, une profession bien explicite de vitalisme, en déclarant que ce système qui reconnait dans l'ensemble des phénomènes du corps vivant, *une manière d'être toute différente* de celle qu'on observe dans les phénomènes de la nature brute, est l'arbre même de la physiologie, celui qui en constitue le tronc, les racines, tout ce qui lui donne la vie.

Qu'on ne croie pas cependant qu'à Montpellier plus qu'à Paris, une conception générale préside aux leçons de chaque professeur, dans sa spécialité. Nous n'ignorons pas que là, comme ailleurs, il existe aujourd'hui une véritable anarchie intellectuelle : il n'y a plus de croyance générale, plus de tradition, plus d'école proprement dite; chacun a son système et sa manière de voir. Il arrive souvent que, dans la même salle, devant le même auditoire, à quelques heures de distance, l'*organicisme*, le *vitalisme* et l'*éclectisme* lui-même se trouvent représentés avec conscience et talent.

Nous paraîtrions bien éloignés du but que nous nous sommes proposé, l'étude des fièvres en général, si on ne se rappelait que l'histoire de ces affections les plus fréquentes de toutes (*morbus fréquentissimus*, Stoll), se rattache à celle de la science elle-même et aux divers systèmes qui la constituent. Après avoir suivi leur généralisation dans ses phases les plus remarquables, il nous reste à faire voir jusqu'où on a porté leur localisation. L'école physiologique, dernière conséquence de cette manière de voir, va nous révéler la réaction la plus complète contre les doctrines opposées.

D'après elle, tout désordre morbide ne provient que d'une seule cause, l'irritation. Un ostéo-sarcôme, un spina-ventosa, une pneumonie et une gastrite chronique, ne reconnaissent pas de principe différent. C'est toujours une exaltation de la sensibilité et de la contractilité, troublant l'harmonie des fonctions, et désorganisant le tissu sur lequel elle est fixée. L'action des causes pathologiques est une et uniforme. Le système vivant n'a qu'une manière de répondre aux stimulations dirigées contre lui, soit qu'elles viennent du dehors, ou se soient développées dans l'intérieur même de notre corps. Les maladies ne sont jamais que des irritations, ou des asthénies organiques, toujours primitivement locales, n'affectant jamais primitivement les systèmes généraux de l'économie.

M. Broussais va plus loin encore, quand d'un trait de plume, il résout la question de l'essentialité des fièvres. Selon lui, l'action morbide se porte toujours primitivement sur la muqueuse gastro-intestinale et ne se manifeste que secondairement sur les autres tissus. « Toutes les fièvres essentielles des auteurs se rapportent à la gastro-entérite simple ou compliquée. » (1)

Nous voilà enfin arrivés à l'affirmation la plus absolue sur le problème, devant lequel la circonspection de Baillou et de Morgagni s'était arrêtée. Non-seulement ici, la fièvre se trouve localisée et est regardée comme l'*effet d'une corruption d'organes;* mais celle-ci est toujours la même. L'importance généralement accordée au tube digestif et en particulier à l'estomac est singulièrement exagérée. Vanhelmont plaçait son principal archée dans cet organe; Bordeu lui faisait jouer le second rôle dans toutes les maladies; Bacon mettait le cerveau sous sa dépendance. Aujourd'hui c'est l'altération de sa membrane muqueuse et de celle des intestins, qui constitue la fièvre. La notion du *siége* est supposée parfaitement connue; pour déterminer sa *nature*, il suffira de savoir en quoi consiste la lésion organique.

Il semble que dès ce moment, la doctrine pyrétologique doit être constituée, et que tous les travaux postérieurs ne serviront désormais qu'à rendre plus évidente la conception première : *Toute fièvre est une inflammation de la muqueuse gastro-intestinale.* Les ouvertures de cadavres multipliées à l'infini rendaient cette vérification facile. Voilà cependant que les disciples du maître lui-même, ceux qui professent encore avec le plus de talent les principes de la

(1) Le professeur Lordat, dans son *Cours de Physiologie.*

(1) Examen, tom. I, p. 34.

médecine physiologique, trouvent dans les nécropsies de nombreuses protestations contre une localisation aussi exclusive. Ils déclarent que le point de départ des affections fébriles n'est pas *constamment* une irritation des voies digestives; mais bien celle d'autres organes : ils n'osent pas expliquer par l'existence d'une seule et même lésion, l'existence de symptômes aussi essentiellement différens que ceux des fièvres.

Ils n'abandonnent point pour cela le *matérialisme médical;* ils demeurent *médecins organicistes*. Aussi leur manière d'étudier les fièvres, quoique moins étroite, se borne à les rapporter à un plus grand nombre d'altérations de tissus. Au lieu d'être considérées comme des gastro-entérites simples ou compliquées, ces affections, toujours primitivement locales, seront des inflammations d'autres tissus : les unes seront rangées parmi les *maladies de l'abdomen* et les autres parmi les maladies *des centres nerveux*.

Ce passage d'une théorie étroite à une conception un peu plus large, de l'*unité de lésions* à la *multiplicité*, nous paraît très-remarquable. Nous avons vu la théorie de la généralisation des fièvres remplacée par celle d'une localisation absolue; serait-ce une réaction dans le sens contraire qui commence à se manifester? Serions-nous condamnés à faire un pas rétrograde, et à revenir complétement aux doctrines des anciens, repoussées avec tant de vivacité et quelquefois avec tant d'injustice? Non : plus que personne nous croyons au progrès dans toutes les directions de l'activité humaine. L'esprit humain avance toujours, comme dit Goëthe; mais en ligne spirale. Ce n'est pas en vain que les médecins ont cherché dans les amphithéâtres des secours et des lumières : leur peine ne sera pas perdue. Ils ont enrichi la science de faits anatomiques jusqu'alors inconnus ou mal connus, et ont ainsi préparé de nouveaux élémens d'une doctrine générale. C'est un genre de mérite que nous sommes tout disposés à reconnaître. Il en est un autre non moins important, dont l'intervention est plus que jamais nécessaire aujourd'hui; il consiste à rapprocher, à comparer, à analyser les faits les plus simples et les observations isolées, pour les réduire en préceptes et en formules.

Qu'on ne croie pas cependant qu'il suffise de chercher et de ramasser au hasard un peu de tout et un peu partout; ce serait là, si l'on veut, de l'éclectisme, et l'on sait combien ses efforts ont été impuissans en médecine, comme en philosophie. Le système auquel nous voulons concourir de tous nos efforts « n'est pas le pêle-mêle de ceux qui l'auront précédé; mais leur combinaison régulière.» L'heure de son apparition semble arrivée, et tout le monde en sent le besoin aujourd'hui; car M. Broussais l'a déclaré lui-même : « la physiologie et la pathologie ne sont pas encore faites. »

(*Mémoire* lu à l'Institut, p. 337.)

A l'appui d'une autorité aussi imposante, il en existe une autre, que personne ne récusera, celle des faits dont nous sommes chaque jour les témoins. Qui eût cru, il y a trois ans, à la diversité d'opinions qui s'est montrée dans le dernier concours de clinique interne? N'est-il pas extraordinaire que, dans la Faculté de Paris, au sein même du matérialisme médical le plus compacte, des attaques se soient élevées contre lui, et soient parvenues sinon à l'abattre, du moins à le faire chanceler, et à lui prophétiser sa fin prochaine, s'il ne se transforme et ne se retrempe dans les *idées progressives* présentées par ses adversaires. De bonne foi peut-on dire aujourd'hui qu'il a triomphé, parce qu'il a remporté une chaire, et sa victoire ne lui coûte-t-elle pas plus cher qu'une défaite?

Mais il est des signes encore plus certains du peu de foi qu'on ajoute aux promesses qu'il avait faites, et qu'il avoue ne devoir pas tenir, de régénérer la science des maladies : les hommes d'avenir, les intelligences jeunes et vigoureuses se jettent dans une autre direction. La *Revue médicale* a signalé ce mouvement, et se propose de le jalonner par l'analyse des thèses soutenues dans l'année classique.

A ceux qui se refusent encore à reconnaître la lumière qui les inonde de toute part, nous n'avons qu'un mot à dire : Quand un vaisseau est à la voile, on a beau marcher dans le sens opposé à celui de son cours, il faut arriver au port avec lui.

Au reste, qu'on ne se méprenne pas sur nos sentimens. Nous n'avons point pour but de renier les travaux des années qui viennent de s'écouler, pour nous appuyer seulement sur ceux des premiers siècles de la science. Nous déclarons que les auteurs qui ont cherché à fonder une *classification nosologique* sur les altérations des tissus, ont bien mérité de la science, comme ceux qui se sont attachés à faire connaître la marche et la succession des phénomènes vitaux dans les maladies en général et dans les fièvres en particulier. Les premiers ont éclairé ce que les anciens appellaient l'*affection*, qui correspond à ce que M. Cayol a nommé le *diagnostic anatomique*. Les seconds ont éclairé le *diagnostic thérapeutique* ou *médical*. A nous aujourd'hui à compléter la science, en embrassant à la fois ces deux points de vue.

Telle est notre théorie, ou si mieux on aime, notre doctrine. Nous venons de l'appliquer à la pyrétologie générale, et nous suivrions la même marche pour chaque espèce de fièvre en particulier. Nous dirions ce que les anciens nous avaient appris sur chacune d'elles, et ce que les modernes ont ajouté sur ce point aux connaissances de nos devanciers. Par là se trouveraient résumés tous les travaux antérieurs, et, nous le répétons pour être mieux compris, les faits d'anatomie pathologique ne seraient point négligés. Le blâme que nous avons jeté sur les nécropsies n'atteint que l'abus et les fausses interprétations qu'on en a faits.

C'est de ce point de vue que devra être jugé le sujet de prix proposé par l'Institut. L'on *a demandé quelles sont les altérations des organes dans les affections fébriles? Quels sont les rapports qui existent entre les symptômes de ces maladies et les altérations observées. L'on doit insister ensuite sur les vues thérapeutiques déduites de ces rapports.*

Nous ne saurions mieux finir cet article et résumer la pensée dans laquelle il a été écrit, qu'en citant les paroles, qu'un jurisconsulte célèbre, M. Lerminier, a appliquées à une autre spécialité que la nôtre, à la science sociale, dont les bases, pas plus que celles de la physiologie et de la pathologie, ne sont encore définitivement posées.

« Sans doute il est bon, dit-il, de porter en soi la conscience de l'histoire; sans doute il faut résumer ce qui fut

avant nous ; mais à la condition et dans le dessein de l'élargir et de le développer. » (*Lettres* à un Berlinois, p. 91, 93.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

RECHERCHES

Sur l'origine de la peste et les moyens d'en prévenir le développement ;

Par le docteur LAGASQUIE,

Membre de la commission médicale envoyée en Orient, par le gouvernement Français, en 1828.

(DEUXIÈME ARTICLE.)

§ V. *Considérations sur la topographie médicale de l'Égypte.*

Avant de passer des conditions naturelles insurmontables de l'Egypte, aux conditions accidentelles et changeantes, déduisons une conséquence capitale des données statistiques qui viennent d'être présentées ; puis jetons un coup-d'œil sur les variations de sa constitution primitive. Nous avons examiné l'état physique du pays, non-seulement tel qu'il est de nos jours, mais tel que nous le dépeignent d'antiques histoires, et tel qu'il sera bien des siècles encore. Il est possible sans doute qu'avec des canaux mieux soignés, les eaux du débordement aient moins séjourné dans les terres ; qu'une population plus nombreuse, mieux policée, plus active, en ait retiré des produits plus abondans et plus variés ; mais le pays entier n'en passait pas moins par les périodes régulières dont j'ai cherché à apprécier les conséquences hygiéniques. Ainsi, quand j'ai conclu qu'aucune de ces conditions naturelles du sol et du climat ne pouvait engendrer le principe de la peste, mon sentiment s'est trouvé d'accord avec celui des historiens qui nous ont vanté la salubrité de l'Egypte, sous les Pharaons, sous les rois Pasteurs, sous la domination des Perses, sous les Ptolémées et sous les premiers préfets de Rome. Il importait au plus haut degré d'établir que la peste ne provenait d'aucune de ces circonstances locales, qui reparaîtront ailleurs toutefois comme influences préparatoires et auxiliaires : autrement à quoi servirait une découverte dénuée d'espérances ?

Je ne terminerai point les réflexions sur l'impuissance des élémens naturels de l'Egypte dans la production de la peste, sans aller au-devant de quelques objections qu'on pourrait tirer de l'analogie, et par exemple : l'Indus et le Gange débordent périodiquement ; le choléra-morbus naît sur leurs rives ; après des débordemens considérables et accidentels d'autres fleuves, on a vu des épidémies se déclarer : n'est-il pas probable que la peste tient en Egypte à la même cause modifiée ? On a observé que des terrains vierges s'étaient montrés insalubres à l'égard des premières populations qui voulurent les exploiter ; le sol de l'Egypte doit, en quelque sorte, à la couche annuelle de limon du Nil une nouveauté perpétuelle : la peste n'en provient-elle pas ? Chacune de ces circonstances a été pesée. Maintenant à ces suppositions je ne répondrai qu'une chose. L'inondation et la couche limoneuse annuelle ont existé de tous les temps, et la peste n'a paru que depuis treize siècles. De tout temps aussi l'Egypte a compté au nombre de ses inévitables fléaux d'immenses nuées de sauterelles que les vents du désert apportent par intervalles variables, et plus ou moins éloignés. Ces formidables légions d'insectes jonchent la terre, dévastent les campagnes, et laissent quelquefois la famine dans le pays. Ceux qui ont attribué à cette circonstance, assurément très-notable, l'origine de la peste, ignoraient sans doute qu'elle se développait en Egypte sans ces nuées d'insectes, et qu'elle ne naissait pas dans plusieurs autres contrées également exposées aux dévastations des sauterelles.

§ VI. *Coup-d'œil sur les antiques mutations qu'a subies la constitution physique de l'Égypte.*

Il est permis d'avancer que, depuis plus de deux mille ans, la nature a faiblement changé en Egypte, tandis qu'elle fut différente à des époques antérieures qu'on préciserait difficilement. Quelques documens historiques, et surtout les inductions tirées de l'histoire naturelle du pays, prouvent qu'il est survenu des notables changemens dans sa constitution physique primitive. Les cristallisations abondantes de carbonate de chaux qu'on observe à l'intérieur de certaines grottes situées entre le Caire et la première cataracte, quelques forêts de bois pétrifiés sur ces montagnes arides et complétement stériles, attestent d'abord que le climat fut plus humide autrefois. Bien des siècles se sont écoulés depuis que les pluies ne sont plus assez considérables, dans l'Egyte supérieure et moyenne, pour traverser l'épaisseur des montagnes, et par suite, déposer à l'intérieur de leurs excavations, sous forme de brillantes et de nombreuses stalactites, le carbonate calcaire qu'elles auraient dissous et cristallisé. Il ne faudrait pas remonter à une date moins ancienne pour trouver les chaînes arabique et libyque sous l'ombrage de ces forêts chantées par Homère, rappelées par Diodore de Sicile, et dont l'existence semble confirmée par des pétrifications de gros bois. Ainsi, nul doute que la constitution physique de l'Egypte n'ait été, dès le principe, différente de ce qu'elle est depuis plus deux mille ans. D'ailleurs un changement principal, que des savans tiennent pour démontré, en explique beaucoup d'autres. Les prêtres d'Héliopolis dirent à Hérodote qu'avant leur premier roi Ménès, il n'y avait qu'un vaste marais au-dessous de la Thébaïde, par conséquent dans le long espace qu'occupent les provinces de l'Heptanome et du Delta. Ce document, sagement discuté et approuvé par Hérodote, est généralement admis comme vrai. Le sol de l'Egyte, si uni, partout si semblable à lui-même, et si différent du désert qui le circonscrit, est considéré comme un présent du fleuve. Un golfe de la Méditerranée qui s'étendait jusqu'auprès de la première cataracte, a été comblé par des sédimens du Nil. Toutefois, cette opinion n'a pas obtenu un assentiment unanime, et, si elle devenait un jour l'objet de

nouvelles recherches dont la chronologie pourrait faire son profit, il conviendrait, ce me semble, de creuser profondément dans la terre. Ensuite, muni d'instrumens propres à apprécier les hauteurs, on comparerait les niveaux, et, si l'on trouvait que, depuis la Thébaïde, les premières couches de limon du Nil fussent au-dessous de la surface actuelle de la mer, le problème serait résolu, je pense, et l'Egypte tout entière aurait été formée des dépouilles de l'Ethiopie. Ce fait établi, on chercherait quel a été l'agrandissement de la base du Delta depuis une époque déterminée, le débarquement de saint Louis à Damiette, par exemple (il s'est avancé de plus d'une lieue dans cet intervalle de six ou sept siècles), et de ces calculs compliqués découlerait peut-être la preuve la plus solide et la plus étonnante de l'antiquité du monde. Que de siècles pour consommer ce grand travail! Mais les mesures du temps n'ont été imaginées que par des êtres éphémères, tandis que la nature, dans ses ouvrages, ne compte qu'avec l'éternité.

Cette formation lente de l'Egypte expliquerait les anciennes variations de climat que j'indiquais tout-à-l'heure. Il suffirait de rappeler quelle est l'influence du voisinage de la mer dans la production des pluies, des vents et d'autres phénomènes météorologiques, pour faire concevoir que, lorsqu'elle atteignait les hauteurs de la Thébaïde, les nuages se soient condensés plus fréquemment sur ces montagnes devenues si arides. L'humidité y favorisa la végétation, et les arbres à leur tour y attirèrent ces pluies qui, par les cristallisations que j'ai mentionnées, ont laissé une attestation de leur force et de leur fréquence. A mesure ensuite que la mer, repoussée par les troubles du Nil, se retira du golfe, les pluies devinrent de plus en plus rares dans l'Egypte supérieure et moyenne. La végétation qui couvrait les montagnes déclina et disparut suivant la même progression. La vallée, dans un état de marais permanent, et le rendez-vous des animaux et insectes du désert, s'exhaussa lentement et devint habitable à la longue. Qu'on ne m'accuse pas d'avoir entassé des hypothèses; car, sans parler des cristallisations et des pétrifications de bois, le principe de la formation de l'Egypte est généralement admis, et les conséquences que j'en ai tirées sont une simple déduction des lois accoutumées de la nature. Je m'excuserais plutôt de m'être trop appesanti sur cet objet; mais, dans la recherche des causes d'une maladie endémique désastreuse, la connaissance approfondie des localités est d'une telle importance, que j'ai cru devoir multiplier les observations et les inductions qui s'y rattachaient. J'espère n'avoir rien négligé d'essentiel dans la description de l'état physique de l'Egypte, et je répète que, n'ayant pas notablement changé depuis deux mille et quelques cents ans, il n'a pu engendrer seul une maladie qui n'a que treize siècles d'existence.

Si, comme je le présume, il est vrai que la peste provienne en Egypte de conditions accidentielles, hâtons-nous toutefois de reconnaître la part immense que les localités ont à ce produit monstrueux. Leur participation est telle, que dans nul autre pays peut-être, des mêmes usages mal entendus ne sauraient appeler sur les habitans un châtiment aussi sévère. C'est que la puissance à laquelle sont subordonnés tous les phénomènes du globe, est infinie dans ses variétés. Ses effets sensibles qui nous frappent par leurs rapports, sont plus souvent analogues que semblables. Voilà pourquoi les mêmes circonstances éventuelles, sans conséquence préjudiciable dans un lieu, seront nuisibles dans un second et funestes dans un troisième. Ces caractères distinctifs, attachés aux localités, pour les choses en apparence similaires, sont si incontestables, qu'on les observe dans la plupart des produits. J'aurai l'occasion de revenir sur ce sujet : que pour le moment il me suffise de reconnaître que la constitution physique de l'Egypte est, relativement à la génération de la peste, ce qu'est une matrice par rapport aux semences qu'elle est apte à féconder. L'une et l'autre seraient impuissantes par elles-mêmes, il faut un agent provocateur. En Egypte, c'est l'homme qui prête aveuglément une coopération suicide à l'élaboration du principe pestilentiel; or, ce que l'homme fait, il peut le détruire. Telle est la proposition qu'il me reste à démontrer. Pour atteindre ce but, j'adopterai, dans l'exposition et la discussion des faits, la marche que j'ai annoncée au commencement, c'est-à-dire qu'en examinant les usages sous le point de vue circonscrit de l'hygiène, je comparerai les documens historiques à la statistique moderne, afin que le lecteur, qui aura la complaisance de me suivre dans ce parallèle, juge lui-même en quoi l'Egyptien qui sut se préserver des épidémies pestilentielles, différait de conduite avec les descendans qui déchaînèrent ces fléaux.

§ VII. *Hygiène des anciens Égyptiens.*

Pour expliquer la diversité des croyances et des pratiques humaines, une philosophie profonde et rationnelle a cherché, dans l'empire des influences physiques diverses, la source des primitives institutions. Les premiers habitans de la naissante Egypte, descendus, selon toute apparence, des hautes régions de l'Ethiopie, durent trouver d'abord une nature bien ingrate. Un marais qui ne tarissait pas; des végétaux, des insectes et de animaux qui vivaient, mouraient et se décomposaient dans ces eaux croupissantes; enfin ce cloaque encaissé par deux chaînes de montagnes boisées. Avec de telles conditions, l'atmosphère, échauffée par le soleil, ne pouvait qu'être très-insalubre. Il est donc vraisemblable que les premières populations qui disputèrent cette contrée nouvelle aux élémens, aux animaux, aux insectes et aux plantes inutiles, souffrirent cruellement d'épidémies. L'instinct de la conservation dut pousser l'homme à se tenir sur ses gardes, à protéger lui-même une existence contre laquelle conspiraient tant de principes dangereux. Que le vulgaire n'aperçut, dans ces calamités, qu'une fatalité ou une manifestation de la colère divine, cela se conçoit, puisque les mêmes préjugés persistent encore; mais les prêtres-rois, qui commandaient à ces colonies naissantes, observèrent de bonne heure l'influence des agens physiques sur la santé. Avec le temps et la réflexion, les causes d'insalubrité se dévoilèrent, et l'on vit se former un système de médecine prophylactique qui a fait l'étonnement de la postérité. Quel autre peuple, en effet, et surtout dans l'inexpérience de sociétés primitives, eut un code général d'hygiène rendu obligatoire par la double puissance de la religion et de la loi! car je n'en distinguerai pas les Juifs, qui suivirent les

mêmes erremens, puisque Moïse, leur législateur, avait puisé son savoir en Egypte.

Un système d'hygiène, appliqué à tout un peuple, suppose à la fois une grande nécessité de se prémunir contre des circonstances insalubres, et une sagesse profonde, aidée d'une longue observation; reconnaissons même que, pour la plupart des nations, une semblable Institution serait impossible : les différences topographiques, la diversité des produits alimentaires suivant les localités et autres considérations, rendraient ce projet impraticable. Ces difficultés n'existaient pas pour l'Egypte; et si l'insalubrité, comme je le présume, développa primitivement le besoin d'une médecine prophylactique générale, la similitude des lieux en facilita l'application. Et c'est ainsi qu'une population composée de plusieurs millions d'hommes, se montra docile à la voix de ses prêtres-législateurs, qui avaient fixé le nombre et la qualité des substances alibiles, prescrit un remède évacuant chaque mois, commandé une propreté extrême, réglé les exercices, la nature et la forme des vêtemens, en un mot tous les élémens de l'hygiène.

Après une preuve aussi manifeste des soins que donnait, à la santé publique, ce gouvernement théocratique investi du monopole de la science, que penser des embaumemens? faut-il les rapporter à une inconcevable superstition, ou convient-il de les regarder comme une admirable police des sépultures? L'une et l'autre manière d'interpréter cette étonnante pratique qui fut si générale, si persévérante, ont été débattues. Des philosophes d'un mérite remarquable, et avec eux M. Pariset, ont considéré les embaumemens, dans la pensée des prêtres égyptiens qui les instituèrent, comme le résultat d'un savoir et d'une sagesse acquis par l'expérience malheureuse des épidémies.

Quelque conjecturale que puisse être une opinion sur un usage que ses instituteurs discrets enveloppèrent soigneusement de mystères, les faits me semblent témoigner hautement qu'il y eut autre chose que la superstition. Je n'insisterai pas sur le mobile de l'embaumement des cadavres humains; car il est aisé de le concevoir sans faire intervenir ni les dogmes religieux ni l'hygiène. Malgré la différence de nos habitudes et de nos mœurs, il suffit de songer au vide affreux d'une éternelle séparation, au spectacle hideux de la décompsition, aidée par la présence des reptiles et des insectes, pour trouver, dans les sentimens naturels à l'homme, le désir de conserver près de soi, ou de placer dans une belle demeure sépulchrale, les restes encore chers d'un parent ou d'un ami dont on affectionne la mémoire. Ce n'eût été qu'une pratique de sentiment rendue impérieuse, soit par la force de l'opinion, soit par des préceptes religieux.

Mais cette foule d'animaux, les uns utiles, les autres nuisibles, les autres dangereux, à quel titre, dans quelles vues leur fit-on accorder les soins de l'embaumement et les honneurs de la sépulture? Qu'on ne se méprenne pas sur le sens de cette question; il s'agit moins de pénétrer ce qu'étaient ces pratiques dans l'idée du peuple, dont la coopération est trop souvent passive, que dans l'esprit de ce sacerdoce mystérieux auquel l'Egypte dut tant d'utiles travaux, tant d'admirables découvertes. C'est ainsi qu'en déplorant la superstition de plusieurs millions d'hommes plongés dans les misères du fétichisme, il sera juste peut-être d'admirer cette caste sacerdotale qui, dans l'intérêt de tous, obtint des artifices d'une imposture salutaire un bien qu'on eût refusé à la voix franche de la raison. Sans considérer les embaumemens comme une mesure de police médicale, les auteurs qui en ont recherché le but moral, ont particulièrement insisté sur cette présomption, que la reconnaissance, la première des vertus, dans le cœur des Egyptiens, avait attiré les égards et même l'adoration aux animaux utiles à l'homme. Ce motif pourrait être avoué relativement aux animaux domestiques, tandis qu'il n'est plus soutenable quand on veut l'étendre à tous ceux qu'on trouve embaumés. Jamais on n'eût imaginé une pareille incohérence! On eût adoré les serpens parce qu'ils détruisaient les insectes, et les ibis parce qu'ils mangeaient les serpens; l'utilité des rats les eût fait respecter, et l'on aurait honoré les chats parce qu'ils étaient leurs ennemis implacables; on eût vénéré les crocodiles à causes qu'ils défendaient aux étrangers l'accès du fleuve, et les ichneumons parce qu'ils détruisaient les œufs de cet énorme saurien! etc., etc. Il est étonnant que les contradictions qui seraient ressorties de ce simple rapprochement aient échappé au judicieux Diodore et à ceux qui ont partagé ses erremens. Il est vrai qu'on a prétendu que ces usages ne s'observaient, ni aux mêmes époques, ni dans les mêmes provinces, et que là où l'on adorait les ibis on ne vénérait pas les serpens; mais cette assertion, malgré l'appui que pourrait lui donner un passage d'Hérodote, repose moins sur des faits, que sur des conjectures : on ne trouve pas suffisamment établie cette distinction de temps et de lieux. La doctrine de la métempsychose, que Pythagore puisa en Egypte, expliquerait, mieux que les sentimens de reconnaissance, le respect, et par suite l'embaumement général des animaux, surtout de ceux qui étaient inutiles ou redoutables.

Mais n'a-t-on pas exagéré le nombre des idoles de l'ancienne Egypte, en prétendant que tous les animaux embaumés étaient en vénération de leur vivant? D'abord les historiens qui voyagèrent dans ce pays, et desquels nous tenons l'énumération des fétiches, n'ont pas mentionné beaucoup d'espèces qu'on trouve embaumées. Je vais plus loin : des faits irrécusables semblent prouver qu'on détruisait les animaux sauvages, sans excepter certaines races sacrées, et qu'on les embaumait ensuite; seulement quand on considère l'inépuisable dépôt de crocodiles de la grotte de Samoun, les miriades d'ibis qui reposent dans les caveaux sculptés du désert d'Hermopolis, d'Antinoe; de Memphis; quand on distingue, parmi ces reptiles et ces oiseaux, des sujets de tout âge, et jusqu'aux œufs qui devaient les perpétuer, on ne conçoit pas que tant d'animaux aient été trouvés morts; il faut que l'homme leur ait fait la guerre. Les crocodiles sont toujours nombreux dans le Nil, et cependant les Arabes vous diront qu'on n'en rencontre presque jamais les cadavres sur le rivage; ils tiendront le même langage touchant les autres animaux qui ne vivent pas dans l'état de domesticité. Dès-lors on est porté à conclure que les Egyptiens les tuaient; donc ils ne les respectaient pas (à moins que ce ne fût ce genre prétendu de respect que les Chinois avaient pour la vieillesse), et pourtant ils les embaumaient! Verrons-nous là autre chose que la double in-

tention de se défaire d'animaux nuisibles, et de se préserver des inconvéniens de la putréfaction ? Nous avons brisé des masses de résine fondue où l'on avait incorporé pêle-mêle de petits crocodiles, de petits serpens, des lézards, des grenouilles, des hirondelles ; reconnaîtrons-nous dans ce gâteau hétérogène des animaux embaumés religieusement ?

Je n'hésite pas à partager l'opinion qui envisage l'institution des embaumemens comme une mesure d'hygiène; et pourquoi refuser des idées saines et élevées en physique médicale à ces prêtres mystérieux, que nous savons s'être occupés de la santé publique avec tant de vigilance et de succès ? D'ailleurs, quand toutes les connaissances se lient dans l'intelligence humaine, serait-il conséquent d'admettre que, sans un but d'utilité, les croyances misérables et à la fois laborieuses du fétichisme, aient été fondées, maintenues par des hommes qui montrèrent une sagesse et des lumières rares dans les institutions sociales et les découvertes scientifiques ? L'Egypte a été le point de départ de la civilisation de l'ancien monde. Hérodote a été sévèrement traité par Plutarque pour avoir émis ce sentiment offensant pour l'orgeuil des Hellènes, et Diodore de Sicile s'exprime plus positivement encore : « Les prêtres Egyptiens, dit-il, lisent dans leurs annales qu'on a vu chez eux Orphée, Musée, Mélampe, Dédale, le poète Homère, Lycurgue de Sparte, l'Athénien Solon, Démocrite l'Abdéritain, Platon le philosophe..... Ces prêtres donnent aussi diverses preuves qui font voir que tous ces sages ont tiré de l'Egypte ce qu'il y a de plus merveilleux dans les sciences qu'ils ont professées.» Mais quand il s'agit de pratiques populaires, en apparence bizarres, absurdes, est-ce assez, pour la justice, de les motiver dans l'intention du législateur ; et la classe nombreuse qui prêta ses mains aux embaumemens ne comprit-elle jamais qu'en s'opposant à la putréfaction des corps, elle travaillait à sa conservation propre ? Si l'on ne peut lui faire honneur de cette pénétration et de cette sagesse, au moins convient-il d'être indulgent envers le peuple intelligent et laborieux qui sillonnait l'Egypte de digues et de canaux, la couvrit de temples et de palais magnifiques, creusa le lac Mœris, éleva ces gigantesques pyramides et porta les arts à un degré de perfection qui a trouvé des admirateurs dans tous les âges. Que d'intéressantes révélations n'attendions-nous pas sur ce peuple extraordinaire, de la part de l'illustre et malheureux Champollion !

J'ai été entraîné trop loin dans une discussion d'un intérêt secondaire. il importe moins, en effet, de pénétrer le motif des embaumemens que d'établir qu'en Egypte cette pratique fut générale, appliquée aux hommes et aux animaux avec un zèle, une constance, qu'on se figurerait difficilement, s'il n'en existait pas des preuves irrécusables. Je veux dire les dépôts de momies, ces nécropoles taillées au ciseau dans le roc, et qui, depuis la niche du reptile jusqu'aux pompeux tombeaux des rois, ne sont pas les moins prodigieux des habitans de l'ancienne Egypte. Sans entrer dans des détails qui seraient d'une longueur accablante, il est impossible de donner une exacte idée du nombre, de l'étendue et quelquefois de l'admirable sculpture de ces grottes sépulchrales ciselées dans les flancs de la double chaîne de montagnes qui forme un rempart à l'Egypte, à partir du Caire et des pyramides jusqu'à la ville d'Assouan. Quand on a visité les immenses nécropoles d'Alexandrie et de Memphis, les antiques hypogées d'hommes et d'animaux d'Arsinoë, de Charaounah, d'Achmïn, de Beni-Haçau, de Samoun, d'Antinoë, d'Hermopolis, de Syout, d'Abydos, de Thèbes, d'Ellithia, d'Esneh, d'Edfou, d'Eléphantine, et tant d'autres qui sont situés sur le plateau ou le revers des montagnes, il n'est rien qu'on ne puisse croire des soins infinis que les Egyptiens donnaient à l'embaumement des hommes, des ibis, des crocodiles, des bœufs, des chats, des rats, des chiens, des chacals, des loups, des singes, des serpens, enfin de tous les mammifères, oiseaux, reptiles, et jusqu'aux poissons de leur vallée. A cause de sa situation entre le désert et la mer, les animaux sauvages affluèrent de tout temps en Egypte, et l'homme s'y montra également ingénieux et infatigable pour les détruire et les embaumer.

§ VIII. *Coïncidence remarquable de la première peste d'Orient avec l'extinction de la pratique des embaumemens en Égypte.*

Nous venons de voir en résumé par quel ensemble de moyens l'Egypte fut préservée de la peste sous le long règne des Pharaons et des princes nomades. La persévérance dans ses habitudes lui procura le même avantage sous les successeurs de ses conquérans Cambyse, Alexandre César. On n'ignore pas que, aussi grands politiques qu'intrépides guerriers, les Alexandre et César toléraient et faisaient respecter les usages des peuples. Celui d'Egypte, en cessant de s'appartenir à lui-même, conserva long-temps encore les siens; dans sa soumission au vainqueur, il n'abjura point la religion de ses pères. Cependant, la continuité d'une domination étrangère, en affaiblissant l'esprit de nationalité, devait porter atteinte au sentiment du culte et préparer aux innovations ; c'est ce qui arriva. Sous les satrapes, sous les Ptolémée, sous les premiers gouverneurs envoyés de Rome, les croyances et les pratiques changèrent faiblement; mais elles subirent bientôt après une révolution considérable : on vit tomber ces antiques institutions que les ancêtres avaient vénérées comme le temps a respecté leurs pyramides, et la salubrité disparut avec les mesures sanitaires qui l'entretenaient. M. Pariset, ai-je dit, a établi cette coïncidence qui a presque la force d'une démonstration, et je citerai ses propres paroles : « A l'époque où le christianisme fut introduit en Egypte, ce nouveau culte rencontra de grands obstacles dans les opiniâtres préjugés de l'ancien, et durant les quatre premiers siècles de l'Eglise, les anciennes pratiques furent maintenues ; mais la croix montée sur le trône, les obstacles tombèrent, et avec eux l'usage des embaumemens. Dans l'année 356, saint Antoine mourant les proscrivait comme sacriléges ; et telle fut l'efficacité de ses paroles, dit son historien saint Athanase, qu'elles changèrent la disposition des esprits. Ce qu'un zèle inconsidéré faisait faire depuis long-temps à Rome, à Constantinople et dans les autres villes principales, malgré les défenses réitérées des empereurs, on le fit en Egypte : les corps des martyrs et ceux des fidèles furent enterrés dans l'intérieur des églises et des monastères, dans l'enceinte et aux portes des villes ; dans les maisons particulières, comme le font encore les Coptes d'aujourd'hui ; enfin, dans les environs des villages, et toujours

à une petite profondeur, afin de préserver les corps des atteintes du fleuve; en un mot, tout le système des sépultures fut renversé; on cessa d'embaumer les animaux et les hommes; leurs restes corrompus firent désormais partie du sol habité; et c'est ainsi que, de la plus dangereuse des innovations, est venue dans le monde la plus dangereuse des maladies.

Avec les embaumemens, point de peste; à leur cessation, apparition de ce fléau; dans une science où l'évidence et la certitude mathématiques sont inconnues, que pourrait-on produire de plus concluant et de plus remarquable? Deux événemens aussi concordans seraient-ils dans une mutuelle indépendance, et faudrait-il chercher dans d'autres réformes introduites simultanément en Egypte, l'origine d'une maladie nouvelle, dont la cause, elle-même récente, saute aux yeux? On chercherait vainement. Lorsque, en 1542, sous l'empire de Justinien, l'Egypte devint un foyer d'infection redoutable à la terre entière, c'était encore le même peuple des Pharaons mélangé aux colonies grecques et romaines qui habitaient les bords du Nil; il avait conservé la plupart de ses habitudes; seulement il n'embaumait plus. Assigner l'époque précise de la cessation des embaumemens serait une tâche trop difficile; d'ailleurs une pratique enracinée dans les mœurs ne pouvait changer tout-à-coup; ce que nous apprenons, c'est que le christianisme, triomphant en Egypte après une lutte de quelques siècles, avait fini par y éteindre l'usage des embaumemens, qui n'existait plus en 542, quand parut la première peste. Sans doute, deux choses peuvent être immédiatement consécutives ou simultanées sans être pour cela corrélatives; mais ici, le rapport ressort de la nature même des faits coïncidens. J'oserais presque dire que l'instinct médical le devinait: car la généralité des auteurs, qui ignoraient que la peste s'était montrée pour la première fois dans le monde à la disparition des embaumemens, ont néanmoins prétendu que sa cause véritable et unique était la putréfaction animale. La concordance des événemens historiques qui viennent d'être cités et qu'ils ne connaissaient pas, est une sorte de démonstration de cette théorie. Qu'on se représente ensuite, vers la jonction des latitudes tempérées à la zône torride, une vaste plaine inondée tous les ans, et qui, préservée pendant des siècles de tout mélange avec la matière animale, se remplit peu à peu de cadavres d'hommes et d'animaux; qu'on songe à l'abondance, à l'activité de la fermentation putride, sous l'influence des eaux du débordement, des pluies de l'hiver et d'une haute température, et l'on concevra ce que pouvait, pour la salubrité de l'Egypte, l'extrême soin ou l'incroyable négligence des sépultures. Je n'ai pas encore dit ce qu'elles étaient de nos jours, et comme les faits doivent précéder les conséquences, le moment n'est pas venu de poursuivre les réflexions sur ce sujet.

Quand on prouverait que la peste n'était pas entièrement inconnue dans les temps où les Egyptiens multipliaient les précautions pour conserver les cadavres, je ne pense pas que la théorie, à l'instant émise, dût être rejetée: l'Egypte a été plusieurs fois conquise et possédée avant le sixième siècle, et les vainqueurs pouvaient ne pas adopter pour eux-mêmes les usages existant dans le pays conquis. Or, les localités ont toujours été disposées pour produire le poison pestilentiel, il ne fallait qu'ajouter la matière animale, et les dominateurs étrangers étaient maîtres de choisir le genre de sépulture qui leur convenait. J'ignore si les Israélites pratiquaient les embaumemens dans les plaines de Canaan ou de la Mésopotamie; et lorsque, par la protection du puissant ministre Joseph, ces familles nomades envahirent peu à peu l'Egypte, il serait douteux qu'elles eussent adopté soudainement cette pratique, quoique la Bible dise qu'on embauma le patriarche Jacob. Voilà comment, quelques siècles après l'établissement des Hébreux dans la vallée du Nil, Moïse, devenu leur chef et leur oracle, aurait pu parler de la peste comme d'une récente punition du ciel. Il est inutile de répondre plus longuement par des suppositions à une objection qui n'est elle-même qu'une hypothèse; passons aux modernes Egyptiens.

§ VIII. *Modernes égyptiens.—Leur hygiène.*

Senac, dont l'opinion diffère, sous bien des rapports, de la nôtre, a dit que les rois d'Egypte procuraient à leur peuple le bienfait de la salubrité, tandis que les musulmans avaient changé ce pays en un foyer intarissable de peste; il faisait erreur dans la chronologie: les chrétiens ont eu cette triste initiative. Toutefois, enlevée un siècle plus tard aux Romains par les hordes arabes, conquise par les Turcs Osmanlis, gouvernée par les Mamelucks ou par Méhémet ali-pacha, l'Egypte n'a plus cessé d'être ravagée par la peste. Sa population actuelle, qui ne s'élève pas à trois millions, est très-mélangée, et se compose principalement des Arabes cultivateurs et pasteurs, des Coptes, descendans présumés des véritables indigènes et des Turcs Osmanlis. On compte ensuite, en nombre moins considérable, des Grecs, des Syriens, des Arméniens, des Nègres, des Nubiens, enfin, la population variable des Francs venus des diverses contrées de l'Europe. Il serait hors de mon sujet de tracer les caractères physiques des différentes races d'hommes fixées en Egypte, comme l'ont fait plus à propos Volney, Larrey, Pugnet, etc., et j'aborde de suite l'hygiène générale.

Le lecteur n'a pas oublié que nous cherchons encore, dans des pratiques vicieuses, les causes d'une maladie que les élémens naturels seraient impuissans pour produire. Il se rappellera aussi à quelles conditions les habitans de l'ancienne Egypte jouissaient de la salubrité. Comme on a pu le pressentir, ce terme de comparaison nous est nécessaire, et la justesse de nos conclusions ne ressortira pas moins de l'opposition des usages que de la nature des circonstances insalubres que nous signalerons.

Au moment d'exposer l'hygiène des modernes Egyptiens, une réflexion m'arrête: tant de choses qui concourent au développement des maladies sont incapables d'occasioner la peste, que je me trouve dans la nécessité, ou d'entrer dans des détails superflus, ou de supprimer les documens qui me semblent inutiles; mais dans ce triage et cette exclusion, je suis obligé de m'établir juge, et c'est justement ce que j'aurais voulu éviter. Je n'ignore pas que les aperçus touchant les causes d'une maladie peuvent varier infiniment, suivant les notions acquises, les préventions ou le discernement d'un chacun. Il n'y a point de limites aux hypothèses qu'est susceptible de former l'esprit de l'homme, quand il se concentre sur un sujet large et épineux; Samoilowits n'a-t-il pas ha-

sardé la présomption que la peste provenait peut-être de certains fruits que le Nil apporterait de l'Ethiopie? Quand l'imagination est capable de faire une telle part aux agens les plus douteux et les plus frivoles, il faut s'attendre à rencontrer des juges qui se croiront imparfaitement éclairés et resteront indécis, de ce qu'on aura gardé le silence sur des influences pathologiques qu'ils auraient interprétées différemment que soi. Résigné à encourir le reproche d'avoir négligé l'examen, omis la seule énumération d'une foule d'agens nuisibles à la santé, voici les circonstances hygiéniques principales que je soumettrai au lecteur, parce qu'elles sont puissantes, et parce qu'elles ont été présumées causes de la peste : la nourriture, l'entretien extérieur du corps, l'état général des villes et villages, enfin les sépultures. J'abrégerai beaucoup assurément le cadre des influences morbides, sensibles pour tout observateur qui voyage sur les bords du Nil; les œuvres de l'homme y sont généralement si mal entendues, qu'il semble être dans une conspiration soutenue contre lui-même; mais on ne perdra pas de vue la spécialité de nos recherches : l'exposé général de l'hygiène des Egyptiens ne conviendrait que dans un tableau médical complet de l'Egypte. Nous devions tout voir et non tout rapporter, et si l'on remarque que j'ai négligé de mentionner quelque circonstance importante, j'espère au moins qu'on voudra bien se persuader que deux années, consacrées aux mêmes investigations, nous ont permis d'examiner une infinité d'agens nuisibles ou salutaires à l'homme, et de les bien observer.

L'espèce et la qualité des substances alimentaires variant selon les ressources des localités, il est difficile de présenter des généralités sur le régime de tout un peuple. Toutefois, la difficulté est moindre en Egypte que dans la plupart des pays, à cause de la similitude des produits naturels alibiles, depuis les embouchures du Nil jusqu'à l'île de Philœ; et si l'on observe des différences dans la nourriture, c'est principalement entre les diverses classes de la société.

La classe misérable, qui comprend tous les cultivateurs, la majeure partie des artisans, en un mot la population de l'Egypte en masse, se nourrit de pain non fermenté, lourd, insipide, mal cuit, composé de farine de dourrah, ou de maïs, ou de lentilles, ou de fèves; denrées avec lesquelles on prépare également une bouillie non moins mauvaise. Ils mangent beaucoup de dattes dont ils font une pâte, de lait aigre ou salé, de caillé et de fromage détestables, de poisson conservé dans le sel et fétide, ensuite d'une infinité de végétaux crus, tels que les oignons, les poireaux, les concombres, les aubergines, les pastèques, les bamies, les radis, la colocase, les lupins frais, la canne à sucre, enfin la mauve, le trèfle, les chardons tendres, qui sont trop souvent leur dernière ressource pour prévenir le trépas par inanition. La viande, d'un prix excessivement modique, est néanmoins trop chère pour ces malheureux qui en sont très-avides, quoiqu'on ait dit que les climats chauds développent dans l'homme l'instinct du régime végétal. Quand ils assaisonnent les alimens, c'est ordinairement avec de l'huile exécrable de sésame, de lin ou de navets. Ils ont encore une préférence marquée pour les acides, les épices, les saveurs les plus prononcées et les plus fortes.

L'eau du Nil est la boisson presque exclusive de la classe malheureuse. Cette eau, qui n'est jamais limpide et qui est bourbeuse pendant plusieurs mois de l'année, est toujours potable ou bonne sans préparation; filtrée elle est délicieuse. Paw avait avancé qu'elle contenait du natron ou bi-carbonate de soude, et M. d'Arcet fils a confirmé cet aperçu. La présence du sel alcalin ne peut qu'ajouter à ses qualités hygiéniques. Les Egyptiens qui se désaltèrent avec ce liquide n'ont pas tous l'avantage de le puiser dans le lit du fleuve; quand ils habitent des hameaux éloignés, ils sont obligés de s'en pourvoir dans les canaux ou les marres que l'inondation a remplis. Toutefois, comme je l'ai fait observer ailleurs, ces eaux stagnantes ne deviennent point pernicieuses, et l'ardeur du soleil les épuise sans les corrompre. Une autre boisson, assez familière au peuple d'Egypte, se prépare avec de l'orge fermenté dans de l'eau. Ce liquide, repoussant au goût, à l'odorat et à la vue, et que les Arabes nomment *bouza*, représente peut-être le zitum de l'ancienne Egypte.

Les marchands, les employés, les écrivains publics, certains ordres d'artisans qui composent une classe moins infortunée, ajoutent les substances animales aux végétaux, aux fruits, au pain de froment, au riz dont ils font usage. C'est pour eux principalement que, dans les villes, les bazars de comestibles sont fournis de fritures, de viandes grillées et rôties.

La classe riche, formée des employés supérieurs dans le civil et le militaire, et des négocians principaux, consomme beaucoup de viande (mouton, buffle, volaille, gibier, poisson), de pâtisserie, de riz, de lait, de sucreries, de fruits secs et tendres. On prodigue les épices dans ses ragoûts.

De tous les besoins factices, il n'en est pas de plus général et de plus impérieux, en Egypte, que la pipe et le café. Sous cette double influence, qui se répète plusieurs fois le jour, le musulman oisif et paresseux laisse couler le temps ou s'étourdit sur ses misères. On connaît aussi leur prédilection pour les excitations narcotiques, que le riche se procure avec des préparations d'opium, et que le pauvre cherche dans les décoctions de plantes plus ou moins vireuses; mais l'autorité des prohibitions du Coran s'affaiblit : déjà des interprétations accommodantes ont fait tolérer l'eau-de-vie; et le vin, que les Mahométans ne devaient goûter qu'en paradis, pourrait bien ne pas tarder à les réjouir sur la terre.

Parmi les substances alimentaires et les boissons que je viens d'énumer, il en est dont le choix, dicté moins par les décisions du goût que par les nécessités de la misère, serait réprouvé par l'hygiène très-certainement. Des pâtes, des bouillies lourdes, gluantes, indigestes; d'autres alimens crus, aigres, épicés, corrompus, fétides, ne peuvent que fournir un chyle pauvres, mal élaboré et les affections générales qui en sont la suite; mais il n'est point probable que cette exécrable alimentation soit la cause déterminante de la peste comme les auteurs l'ont présumé.

Il a été dit trop souvent que la famine donnait la peste à l'Egypte, pour ne pas discuter cette opinion. Ceux qui l'ont émise n'ont pas suffisamment considéré que la famine formait une question complexe dans laquelle il fallait peser et certaines circonstances qui la précèdent d'ordinaire, et certains effets inévitables qu'elle produit, et qui peuvent à leur tour devenir cause. Survient-elle après un débordement du

Nil trop considérable ou trop faible, on ne doit point perdre de vue l'état physique du sol; occasione-t-elle une grande mortalité, comment n'avoir pas égard aux sépultures? l'un des effets directs de la famine est de débiliter, de rendre plus accessible aux maladies de toute espèce, définitivement de faire périr d'inanition. Considérée dans ces résultats, on concevra qu'elle engendre la prédispositiou sans être cause déterminante de la peste; l'infection ou la contagion ne seront point confondues avec l'aptitude des corps à céder à leur influence. Il est vrai que la famine et la peste ont souvent coïncidé : le fait est établi, la conséquence seule était partiellement fausse. La disette n'occasionera jamais de semblables épidémies en Europe, parce que le principe pestilentiel n'y est pas. Du reste, l'on se tromperait si l'on croyait qu'en Egypte même, la peste ne se montrât jamais dans les années d'abondance et qu'elle y parût toujours avec l'extrême misère. En 1830, nous avons vu les malheureux Egyptiens dans une disette déplorable; le trèfle, les chardons tendres, du pain préparé avec des graines de lin et de coton dont on avait extrait l'huile, servaient de nourriture à la moitié, peut-être, de la population; il y avait une grande mortalité dans quelques villes de l'Egypte supérieure, et cependant la peste ne s'est point développée. Concluons donc qu'il faut, pour la produire, autre chose que la rareté des vivres et leur mauvaise qualité.

La négligence des soins de propreté chez la plupart des peuples orientaux est assez connue, et l'on a supposé qu'elle pouvait occasioner la peste. Reconnaissons que, si l'induction n'est point rigoureuse, rien n'est plus exact que l'observation. Les Arabes d'Egypte, en particulier, malgré leurs ablutions religieuses journalières, sont d'une dégoûtante saleté, à laquelle la misère contribue sans en donner une excuse suffisante. Pour se faire une juste idée de leur tenue sale et déplorable, il ne suffit pas de les voir enveloppés de haillons crasseux, couvrant eux-mêmes une peau terreuse, gercée, parsemée d'éruptions diverses et irritée par les insectes les plus dégoûtans, il faut encore les considérer dans les étroites cellules, sortes de fumiers creux qu'on trouve entre les remparts et la ville du Caire, d'Alexandrie, et dans toute l'Egypte. Qu'on se figure des huttes de six à huit pieds cubes, bâties avec de la boue séchée au soleil, plaquées de fiante de chameau qui sert de combustible, entourées d'ordures, ne recevant l'air et le jour que par une porte où l'on passe en rampant; qu'on se représente dans ces réduits obscurs une famille plus ou moins nombreuse, à demi vêtue avec des chiffons ou dans une nudité complète, souvent entassée avec des animaux domestiques; l'on aura l'un des tableaux les plus repoussans de la saleté poussée à l'extrême. Qu'est devenu en Egypte ce peuple qui, suivant les expressions d'Hérodote, préférait la propreté à la beauté? Il a changé du tout au tout; mais signalerons-nous dans ce changement la cause spécifique de la peste? Il est sur la terre et sous toutes les latitudes tant de populations malpropres qui ne connaissent point cette maladie, qu'on est porté, par les résultats contraires des mêmes conditions, à soupçonner autre chose. Néanmoins, la malpropreté ne peut que prédisposer les corps à l'épidémie et rendre son règne plus terrible.

Je n'ai rien observé dans les professions qui puisse éclairer sur l'origine de la peste. Celles qui sont plus ou moins sales et dégoûtantes, dans tous les pays, le sont cependant davantage en Egypte, par l'absence des mesures de propreté. Je citerai les vidangeurs, ceux qui ramassent les ordures pour le chauffage, les écorcheurs, qui attendent quelquefois que la putréfaction des animaux soit avancée, les tanneurs, les marchands de poisson salé fétide, de substances grasses et huileuses rancies, etc. Ces professions et beaucoup d'autres analogues, en ce qu'elles exposent aux émanations putrides des matières animales, sont d'autant plus malsaines que le climat est plus humide et plus chaud; mais il n'est point probable qu'elles donnent la peste à l'Egypte.

Je vais passer à des questions d'hygiène publique plus étendues et plus importantes, à l'état des villes, des villages et des sépultures. *(La suite au prochain cahier.)*

NOTE

Pour servir à l'histoire thérapeutique de quelques médicamens, et en particulier de la créosote, communiquée à la Société de médecine de Paris, le 17 janvier 1834, par M. le docteur TÉALIER, l'un de ses membres.

(Imprimée par ordre de la Compagnie.)

Messieurs, notre honorable collègue M. Roche vous a fait part, dans votre séance du 7 juin dernier, des effets merveilleux que l'aconit napel avait produits chez un de ses malades affecté d'une névralgie faciale très-douloureuse et rebelle à tous les autres remèdes. M. Roche vous a dit que ce médicament, bien préparé, avait une action si énergique, qu'à la dose d'un grain, il provoquait des symptômes d'empoisonnement; qu'il n'avait plus recours à d'autres remèdes contre la névralgie faciale, et qu'il obtenait en général du soulagement dans l'espace de quarante-huit heures.

Ce fait, annoncé par un confrère aussi éclairé et d'une probité scientifique si bien établie, ne devait pas passer inaperçu parmi les membres d'une Société qui se compose des praticiens les plus répandus de la capitale. Je me suis empressé de m'en emparer, et les occasions d'en vérifier l'exactitude n'ont pas tardé à se présenter. A l'exemple de notre collègue, j'ai fait prendre l'extrait d'aconit dont je me suis servi à la pharmacie de M. Boullay, où je savais que cette préparation, comme toutes les autres, était faite avec un soin particulier. Mais, pour juger mieux de sa puissance, je l'ai administré sans mélange, tandis que M. Roche l'unit à l'opium et à la thridace, ce qui ne permet pas d'apprécier d'une manière exacte, dans les effets produits, ce qui appartient à l'une ou à l'autre de ces substances.

Soit par l'effet du hasard, soit plutôt par l'effet de la constitution atmosphérique régnante, plusieurs cas de névralgies faciales et sciatiques se sont présentés à mon observation dans un court espace de temps. Ce sont ces faits, confirmatifs de celui rapporté par M. Roche, que je viens soumettre à votre jugement. Je serais d'autant plus heureux de contribuer à répandre l'usage d'un médicament qui promet de soulager des douleurs si fréquentes et quelquefois atroces,

que vous savez tous, messieurs, avec quelle opiniâtreté elles résistent à tous les traitemens méthodiques ou empiriques.

Ire *Observation.* — Une femme de chambre, âgée de 24 ans, n'ayant jamais eu de rhumatismes, souffrait vivement de la tête depuis dix jours, lorsqu'elle me fit appeler le 1er décembre 1833. Les douleurs qu'elle éprouvait occupaient toute la tête; elles étaient continues et la pression du cuir chevelu les augmentait. Elles s'étaient montrées deux jours après la cessation des règles qui avaient coulé moins qu'à l'ordinaire, cette circonstance étant la seule cause déterminante appréciable; la malade avait le pouls fréquent, la peau sèche et chaude, et pendant les nuits elle éprouvait beaucoup d'agitation.

Une première application de sangsues fut faite immédiatement à l'anus, et deux jours après, une seconde application eut lieu aux apophyses mastoïdes. Une perte de sang assez abondante s'ensuivit, ainsi qu'une diminution notable de la congestion sanguine qui s'était faite vers la tête. Les douleurs qui étaient diffuses dans les muscles et la peau du crâne furent amendées; mais elles se concentrèrent le jour même sur la région orbitaire droite où elles prirent toute l'acuité qui caractérise les douleurs névralgiques. Elles revinrent par accès plusieurs fois par jour, et notamment pendant la nuit, avec une intensité croissante; en peu de jours, elles étaient parvenues à un degré de violence qui les rendait intolérables. La malade fut mise à l'usage de l'extrait d'aconit à la dose de trois demi-grains par jour. Cette dose fut augmentée progressivement d'un grain chaque jour, de manière qu'au troisième jour la malade prenait quatre grains d'extrait, toujours par doses fractionnées d'un demi-grain.

Le premier jour, les douleurs furent à peu près les mêmes; mais le second jour, elles subirent une diminution notable dans leur durée et leur intensité; le troisième jour, elles avaient presque entièrement cessé, ce qui fit penser à la malade qu'elle était guérie et qu'elle pouvait abandonner le remède. Mais, deux jours après, les souffrances reparurent dans toute la moitié droite de la tête; elles ne tardèrent pas à décroître de nouveau après la reprise des pilules. Le 23e jour de la maladie et le 13e du traitement, il n'existait plus de douleur névralgique : il y avait seulement de l'engourdissement et une sensibilité obtuse réveillée par la pression dans le côté droit de la tête où la maladie avait commencé.

IIe *Observation.* — Dans la nuit du 9 au 10 décembre 1833, Mme L., âgée de 34 ans, fut prise subitement, sans cause connue, d'une douleur vive à la joue droite, au-dessous de l'orbite. Je vis cette dame le 10, dans la journée; un paroxysme de douleur venait de débuter, il était violent. La douleur commençait à la sortie du nerf maxillaire supérieur du canal sous-orbitaire; de là elle allait en s'irradiant à la moitié droite de l'arcade dentaire supérieure, aux dents et aux muscles de la joue; elle remontait vers l'angle interne de l'œil et gagnait les deux paupières. Pendant le paroxysme, les paupières et toute la joue étaient évidemment tuméfiées, le pouls était fort développé. Douze sangsues furent prescrites et posées à la tempe et derrière l'oreille. Après leur chute et après l'écoulement de sang qu'elles provoquèrent, le calme se rétablit et la nuit fut bonne.

Le 11 et le 12, retour de la douleur entre deux et trois heures de l'après-midi; elle a augmenté de violence; la malade pousse des cris; elle se roule sur le tapis de sa chambre, il lui semble qu'on lui arrache l'œil et les chairs de la joue avec une griffe de fer. Je remarque que la douleur s'éloigne des parties inférieures de la joue, qu'elle gagne le nerf frontal et se prolonge, en suivant le trajet et les ramifications de ce nerf jusque sur le sommet de la tête. L'agitation de la malade était grande; je lui fis prendre un bain prolongé et je lui fis appliquer sur les points douloureux des compresses imbibées d'opium de Rousseau.

Au bout de quelques heures la douleur se calma, mais pour se réveiller dans la nuit avec une violence telle que je trouvai le lendemain la malade dans un découragement complet. Elle me dit que si un pareil accès de douleur se renouvelait, elle n'y résisterait pas. Je fis continuer les applications opiacées, et je prescrivis trois pilules, d'un demi-grain chacune, d'extrait d'aconit.

La douleur reparut dans la journée, mais avec beaucoup moins d'intensité; la nuit fut calme, quoique sans sommeil. Le 14 et le 15, quatre et six pilules. Le 16, la malade, n'ayant plus éprouvé de souffrances, cessa tout-à-coup l'usage du remède; mais le 18, la douleur commençant à se faire sentir, elle se hâta de revenir à ses pilules, dont elle continua l'usage pendant cinq jours à la dose d'une toutes les trois heures.

Dès le lendemain de la reprise du remède, la douleur avait entièrement cédé. Elle ne s'est pas reproduite depuis cette époque. La malade, enchantée de sa prompte guérison, ne doute pas qu'elle en doit le bienfait à l'extrait d'aconit.

IIIe *Observation.* — Un marchand charcutier de la rue Neuve-des-Petits-Champs, n° 2, à Paris, sujet à des migraines qui reviennent à de longs intervalles et qui se calment après quelques heures de repos, fut pris dans la nuit du 16 décembre dernier d'une douleur tellement vive dans la tempe, les paupières et la région sourcilière du côté droit, qu'il passa trois heures à se promener dans sa chambre, poussant les hauts cris. Je le vis le 17 au matin; il avait eu plusieurs envies de vomir, quelques vomissemens après lesquels ses souffrances avaient diminué; il était plus calme, son pouls était régulier; je crus qu'il avait éprouvé une simple migraine plus forte qu'à l'ordinaire. Je prescrivis un bain de pied, quelques tasses d'infusion de tilleul, la diète et le repos.

Mais dans le nuit suivante, un nouveau paroxysme, de douleurs, beaucoup plus violent que le premier, ne laissa pas de doute sur la nature des douleurs. Comme dans les observations précédentes, elles avaient leur siége dans quelques-uns des rameaux du nerf trifacial, et comme dans ces mêmes observations, je dus les attaquer avec le moyen thérapeutique qui m'avait si bien réussi. J'obtins de l'emploi de l'extrait d'aconit un soulagement immédiat, et bientôt après la cessation complète et sans retour des douleurs qui avaient été atroces durant plusieurs heures pendant trois nuits consécutives. Les pilules furent continuées pendant plusieurs jours; les douleurs n'ont pas reparu, et le malade a joui depuis lors d'une santé parfaite.

La névralgie faciale n'est pas la seule à laquelle j'ai opposé avec succès l'extrait d'aconit. Ce médicament a fait disparaître avec non moins de promptitude deux névralgies sciatiques dont l'une avait résisté à plusieurs traitemens méthodiques.

IVe *Observation.*— Au mois de juillet de l'année dernière, je donnais depuis quinze jours des soins infructueux à une dame âgée de 50 ans et atteinte d'une névralgie sciatique du côté gauche : bains, saignées locales, frictions narcotiques, frictions stibiées, vésicatoires volans pansés avec l'hydrochlorate de morphine, tout avait été inutile; les douleurs, sans être très-vives persistaient au même degré dans tout le trajet du nerf sciatique. J'administrai l'extrait d'aconit, d'abord par demi-grain trois fois par jour, en augmentant la dose dès le second jour. Elle fut portée à trois grains le troisième jour, puis à quatre grains. La malade sentit alors une diminution marquée de ses douleurs ; mais elle se plaignit d'une sensation pénible à l'estomac et de quelques vertiges, ce qui me fit diminuer la dose du remède. Ce ne fut qu'après six jours de son emploi que les douleurs névralgiques cessèrent. Elles ne se sont pas renouvelées.

Ve *Observation.*— Mlle B., âgée de 34 ans, traitée déjà par moi plusieurs fois pour des douleurs rhumatismales, souffrait vivement, depuis une quinzaine de jours, de la cuisse, de la jambe et du pied droits. Elle marchait péniblement. Ses douleurs ayant augmenté, elle se mit au lit, et me fit appeler le 3 de ce mois de janvier. Elle était atteinte d'une névralgie sciatique des mieux caractérisées. La douleur commençait à la sortie du nerf sciatique du bassin et s'étendait jusques sur le coude-pied, en se faisant sentir dans toutes les ramifications de ce nerf; elle revenait par paroxysmes avec une intensité variable sur les divers points du trajet qu'elle parcourait. La malade était privée du sommil depuis trois jours ; il lui était impossible de rester couchée sur le côté douloureux ; on ne distinguait ni tuméfaction, ni rougeur dans les parties où la douleur avait le plus de violence. Le pouls était fébrile et la peau chaude. Je prescrivis un bain tiède, et le lendemain je fis prendre l'extrait d'aconit aux doses indiquées. Il n'y eut presque pas de souffrances dans la journée et dans la nuit ; des borborygmes et quelques envies de vomir survinrent et n'empêchèrent pas de porter la dose du remède à trois grains, le 5 et le 6 janvier. Le 7, les douleurs avaient à peu près disparu. Elles sont remplacées par un engourdissement dans tout le membre qui n'empêche la malade ni de marcher ni de dormir. Après peu de jours, cet engourdissement était lui-même complètement dissipé.

Si la citation de quelques guérisons obtenues promptement à la suite de l'administration d'un médicament suffisait pour établir d'une manière irrévocable ses propriétés curatives, celles que je viens de rapporter seraient décisives en faveur de l'aconit. Je ne peux néanmoins, tout en vous certifiant l'exactitude de mes observations, m'empêcher de manifester la crainte que l'avenir ne donne plus d'une démenti aux espérances qu'elles font naître. C'est malheureusement le sort de la plupart des expérimentations thérapeutiques, de ne pas tenir tout ce qu'elles promettent; soit que le désir bien naturel de signaler un progrès dans la science fasse exagérer la puissance des remèdes, soit aussi que les circonstances nouvelles dans lesquelles on les expérimente derechef diffèrent de celles où ils avaient semblé produire des effets merveilleux.

Cette dernière réflexion s'applique sans doute à la substance médicamenteuse découverte récemment par M. Reichenbach, et à laquelle il a donné le nom de *créosote*. Vous trouverez, messieurs, dans le *Journal de pharmacie*, octobre 1833, dans les *Archives de médecine* novembre 1833, le *Journal hebdomadaire*, décembre 1833, la *Gazette médicale*, janvier 1834, et autres publications périodiques, tout ce qui concerne les propriétés chimiques et pharmaceutiques de cette substance. Je vous ferai remarquer seulement que de toutes ses propriétés la plus saillante, et sans doute la plus intéressante, est celle de coaguler l'albumine. Peut-être la créosote doit-elle à cette propriété la faculté dont elle jouit de cicatriser promptement les plaies récentes et les ulcères.

Quoi qu'il en soit de l'avenir de cette nouvelle conquête de la thérapeutique, je dois vous faire part des avantages que j'en ai retirés dans quelques cas où j'en ai fait usage.

VIe *Observation.* — Une dame âgée de 50 ans, portait au sein, depuis un an, un énorme cancer. Au mois de juillet dernier, le sein fut amputé, et deux glandes axillaires indurées furent extirpées. La cicatrisation de l'énorme plaie qui résulta de l'opération fut complète au commencement du mois de novembre. La malade se croyait sauvée; je ne partageais pas sa sécurité. Je l'avais perdue de vue depuis six semaines, lorsqu'elle me fit appeler dans les premiers jours de janvier. Je trouvai la cicatrice intacte; mais, dans sa circonférence, à son point d'union avec la peau, je remarquai plusieurs tubercules squirrheux. Un groupe de ces tubercules existait du côté de l'aisselle; l'un d'entre eux était ramolli et largement ulcéré. La malade me raconta que depuis quinze jours elle éprouvait des douleurs horribles dans cette nouvelle masse cancéreuse, qu'elle n'avait de repos ni jour, ni nuit : elle me suppliait de rendre ses souffrances tolérables, si toutefois je n'avais pas de moyen de la guérir. J'avais sur moi les deux premiers gros de créosote que M. Boullay avait pu obtenir après un travail long et opiniâtre, et qu'il avait eu la bonté de me donner. J'en versai six gouttes dans quatre cuillerées d'eau; j'agitai fortement le mélange avec un morceau de bois, parce que cette substance, très-peu soluble dans l'eau, forme de petits globules qui se précipitent au fond du vase; j'imbibai un bourdonnet de charpie de ce mélange, et je l'appliquai sur le tubercule ulcéré. La malade ressentit aussitôt dans la plaie une douleur vive et brûlante qui s'étendit en rayonnant sur tout le côté droit de la poitrine, à la tête et au membre inférieur jusqu'au bout du pied. Cette douleur, que la malade ne pouvait comparer à aucune autre, se prolongea pendant une heure, puis elle diminua et disparut entièrement. Elle fut remplacée par un état de bien-être qui permit à la malade de dormir pendant dix heures consécutives.

Cette amélioration s'est soutenue pendant sept à huit jours, jusqu'à ce qu'une impression morale, triste et profonde que la malade a éprouvée, il y a deux jours, soit venue renou-

veler toutes ses douleurs, non dans la plaie, mais dans la masse indurée et dans tous les tubercules qui environnent la cicatrice. Cette malheureuse touchant à la cachexie cancéreuse, son état est évidemment désespéré. Je n'ai eu aucun espoir d'y remédier par la créosote ; toutefois l'emploi de ce médicament a calmé les vives douleurs de l'ulcère, et lui a fait prendre un aspect beaucoup plus satisfaisant.

VIIe *Observation.* — Je donne des soins, depuis plus d'un an, à Mme L., âgée de 34 ans, mère de onze enfans et atteinte d'une métrite chronique avec hypertrophie du corps et de la lèvre antérieure du col de l'utérus. Des granulations existent sur la muqueuse, et autour de l'orifice utérin se remarquent des ulcérations superficielles que j'ai touchées vingt fois au moins avec le protonitrate acide de mercure. Après chaque cautérisation, les ulcérations disparaissent pendant quelques jours, puis elles se reproduisent en s'accompagnant de douleurs vives et d'une leucorrhée abondante. Des sangsues appliquées au col à plusieurs reprises ont diminué le volume de l'organe sans empêcher le retour des ulcérations. Une foule d'autres moyens, de petites saignées du bras, entre autres, répétées une ou deux fois par mois et dont j'épargne le détail à la Société, n'ont pas avancé davantage la guérison de la malade. C'est dans ces circonstances que j'ai employé chez Mme L. la créosote. Ne me doutant pas alors de l'énergie de cette substance, j'en fis un mélange dans la proportion d'une partie sur trois parties d'eau, et avec un pinceau de charpie bien imbibé, je touchai pendant quelques secondes l'ulcération et tout le col de la matrice. La malade fut prise aussitôt d'une douleur atroce; elle croyait que je lui avais *arraché la matrice ;* elle s'agitait sur son lit comme une personne prise de convulsions. J'introduisis de nouveau le spéculum ; je ne remarquai rien autre chose qu'une pellicule grisâtre sur l'ulcération. Pour apaiser la douleur, je fis une injection avec de l'eau très-froide dans laquelle le col baigna pendant quelques minutes. Je la renouvelai plusieurs fois et je parvins ainsi à ramener le calme. Néanmoins la nuit et la journée du lendemain furent mauvaises, et ce ne fut que le second jour que la douleur cessa.

La malade put alors se lever, ce qu'il ne lui était pas arrivé de faire depuis deux mois; six jours après, je ne retrouvai plus d'ulcération ; je touchai néanmoins de nouveau le col, mais avec de l'eau de créosote, six gouttes pour quatre cuillerées d'eau. Quelque faible que dût être ce mélange, il ne laissa pas d'exciter encore des douleurs assez vives qui ne tardèrent pas à se calmer. La malade m'affirmait que, depuis sa maladie, elle n'avait jamais eu trois jours de suite aussi bons que ceux qu'elle venait de passer.

J'ai visité de nouveau Mme L., il y a deux jours. Elle a pu rester levée trois ou quatre heures chaque jour depuis l'usage de la créosote. Les douleurs de la matrice sont à peu près nulles ; à la place qu'occupait l'ulcération, on ne remarque plus qu'une rougeur assez vive sur laquelle je me propose de faire de nouvelles applications d'eau créosotée. Comme dans le cours de cette longue maladie j'ai observé plusieurs alternatives de mieux qui n'ont été que de courte durée, je n'ose me flatter que l'état satisfaisant de cette dame soit le prélude d'une guérison radicale.

J'ai soumis au même traitement, depuis quelques jours, une demoiselle qui a des ulcérations dans le nez, dont l'une a perforé la cloison vers l'union du cartilage avec l'os. Ces ulcérations et cette perforation résultent de l'arrachement d'un polype carcinomateux opéré il y a deux ans par un chirurgien de la capitale. Je n'ai pas encore obtenu, chez cette malade, d'effets assez marqués pour pouvoir vous les signaler.

Tels sont, messieurs, les faits que j'ai recueillis sur l'emploi thérapeutique de la créosote. Ils sont peu concluans sans doute. Aussi vous les présentais-je seulement pour contribuer à éveiller l'attention des praticiens sur ce nouveau remède. Déjà l'Académie de médecine a jugé convenable de s'en occuper, et elle a nommé une commission qu'elle a chargée de faire toutes les recherches et les expériences propres à bien constater les propriétés thérapeutiques de la créosote. M. Levrat, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, annonce avoir obtenu de cette substance des effets merveilleux dans les affections catarrhales. Ce praticien s'occupe d'un travail complet à ce sujet. Des médecins de Paris l'ont aussi employée avec succès. Espérons que sous peu nous saurons à quoi nous en tenir sur ce médicament, qui paraît devoir prendre un rang élevé dans la thérapeutique.

JOURNAL

DE

LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;

RÉDIGÉ PAR UNE COMMISSION DE SES MEMBRES.

1er TRIMESTRE 1833. (SUITE.)

NOTICES PHRÉNOLOGIQUES

SUR CASIMIR PÉRIER, LAMARQUE ET CUVIER;

Par M. le Docteur FOISSAC.

—

Quel est le but que la Société phrénologique de Paris s'est proposé, en soumettant chaque année à l'analyse de ses doctrines les têtes des hommes qui pendant leur vie se sont distingués par des facultés ou des actions extraordinaires? Ce n'est point le désir d'exciter une vaine curiosité, en traduisant au tribunal de l'opinion publique les faiblesses de quelques grands hommes. La phrénologie enseigne, mieux que tous les préceptes de morale, que *la vie privée doit être murée*. Cependant cet examen, que la Société confie à l'un de ses membres, n'est pas un panégyrique obligé, et en quelque sorte académique de toutes les célébrités du jour que la tombe vient de recevoir; nous croyons, avec Voltaire, qu'*on doit des égards aux vivans, qu'on ne doit aux morts que la vérité*. Oui, chercher, découvrir, propager la vérité, par l'analyse des organes que la nature a consacrés à la vie morale et intellectuelle de l'homme, prouver qu'il existe un rapport constant et nécessaire entre l'instrument matériel et la manifestation des facultés mentales, tel est le but de cette revue phrénologique, et le problème dont la solution se trouve dans le cerveau de tous les hommes extraordinaires. Forts de notre conviction, nous ne rejetons aucun fait, nous les invoquons tous; et puisque la phrénologie compte encore un grand nombre de contradicteurs, nous les prions de suivre notre exemple, de mouler des crânes et des cerveaux, et s'ils arrivent à des résultats contraires aux nôtres, de nous faire la grâce de désabuser des hommes qui ont pu se tromper, mais qui se trompent de bonne foi.

Quoique la phrénologie soit une doctrine pratique et féconde en applications, cependant ses partisans éclairés s'abstiennent de ces jugemens prématurés que les gens du monde leur demandent de porter à la simple inspection d'un crâne. Quelle mesure rigoureuse peut en effet apprécier le degré d'énergie de phénomènes purement physiologiques? En histoire naturelle, existe-t-il un système organique, une fonction quelconque, dans lesquels on ne fasse intervenir deux choses, le volume et la constitution? La masse d'un muscle ne fait pas toute sa force, et ce n'est pas à la grosseur du nerf optique que l'aigle doit la supériorité de sa vue. Dans l'examen d'un cerveau, il faut donc avoir égard autant à la qualité qu'à la quantité, et tenir compte du tempérament et de la constitution native des organes.

Et ce n'est point là, Messieurs, toute la difficulté. Dans la pluralité des cas, chez les adultes et dans l'homme sain, la forme du cerveau se traduit à l'extérieur par celle du crâne; mais il y a quelques exceptions à cette règle dans la vieillesse, et surtout dans les maladies. La substance cérébrale peut être altérée dans ses fonctions vitales; un liquide peut s'épancher dans la boîte osseuse; des tumeurs, des polypes, des exostoses déforment le crâne; mais ces organisations anormales ne peuvent en imposer qu'à des hommes étrangers à la science. Dans ces cas exceptionnels, le phrénologiste s'abstient ou modifie son jugement d'après les circonstances de l'état pathologique.

Il me suffit de vous avoir prévenus, Messieurs, de quelques-unes des conditions que la phrénologie attache à l'intégrité de ses jugemens; l'expérience vous convaincra, toutefois, que les exceptions sont infiniment rares, et que la phrénologie a toute la certitude des sciences physiologiques, lorsqu'il s'agit des organisations extraordinaires sur lesquelles je vais appeler votre attention.

La tête dont je vous présente le modèle est vaste et bien proportionnée. Sa maigreur, causée par une longue maladie, indique que les tégumens et les muscles qui recouvrent le crâne étaient très-amincis, de sorte que ce volume tout entier représente une masse presque égale de substance cé-

réhrale. On voit à la physionomie, que la mort elle-même n'a pu entièrement altérer, on sait d'ailleurs par la connaissance des mœurs et des habitudes du sujet, qu'il était doué d'un tempérament bilioso-nerveux, le plus actif, le plus énergique, le plus propre au développement de l'intelligence, et à la fermeté des entreprises. C'est le buste de *Casimir Périer*.

En examinant la région postérieure, et je vous prie de vous rappeler que la nature l'a consacrée aux organes qui veillent à la propagation de l'espèce et à la conservation de la famille, il est facile de reconnaître qu'elle est très-développée. Aussi, au milieu des plus graves préoccupations politiques, il veillait avec la plus tendre sollicitude à l'éducation de ses enfans (philogéniture), et rien ne pouvait le détourner de prodiguer lui-même les soins les plus attentifs et les plus touchans à sa femme malade (affectionnivité, amativité). L'élargissement et la prééminence des régions mastoïdiennes et temporales, dénotent un grand développement de l'organe du courage. La première carrière de Casimir Périer fut celle des armes; mais malgré le brillant avenir qui lui était promis, il se consacra au commerce pour obéir aux dernières volontés de son père. Toutefois dans plusieurs occasions de sa vie, il fit preuve d'une bravoure et d'une intrépidité qui ne peuvent laisser aucun doute sur la justesse de cette indication phrénologique.

La région latérale, vous le savez, Messieurs, a été destinée, plus particulièrement par la nature, à la conservation de l'individu. Elle comprend les organes de la circonspection, de l'instinct à cacher, de la destruction et de la propriété, organes protecteurs et placés même sur une échelle d'utilité supérieure à beaucoup d'autres, puisque la nature en a doué la presque universalité des animaux. Les abus seuls et le développement anormal de ces organes portent le trouble dans la société, et ravalent l'homme au niveau des espèces féroces. Au contraire lorsque ces facultés s'allient aux sentimens supérieurs et à l'intelligence, il en résulte d'une part de la finesse et de la prudence, de l'autre cette vigueur d'esprit et de caractère qui engendre les résolutions promptes et énergiques. Casimir Périer possédait, à un assez haut degré, les organes de la circonspection et de la destruction. Quant à celui de *la ruse ou secretivité*, quoique la région où il se trouve placé soit assez développée, en raison du voisinage des facultés plus énergiques, l'autopsie et l'examen du cerveau ont montré que la circonvolution qui forme cet organe, avait à peine la moitié du volume qu'on trouve dans les cerveaux ordinaires : aussi Casimir Périer avait-il de la pénétration, mais il n'avait point de ruse à proprement parler. Dans l'organe de la destruction, réuni à celui de la justice et du désir de l'approbation, vous trouvez l'explication de ce caractère impétueux, de ces transports de colère qu'il aurait su maîtriser ou mieux cacher avec plus de ruse, et qui étaient à-la-fois les mouvemens d'un esprit superbe qui ne souffre pas la contradiction, et ceux d'un cœur offensé qui ne souffre pas l'injustice.

Je ne dois pas passer sous silence un organe dont l'activité est telle dans l'espèce humaine, qu'il rend tous les hommes mécontens de la part qu'ils ont reçue des faveurs de la fortune. C'est *l'acquisivité*, selon M. Spurzheim, ou, dans ses termes les plus adoucis, le sentiment de la *propriété*. Cet organe est l'élément du travail et l'âme du commerce. Casimir Périer n'en était point dépourvu, ainsi que l'attestent plusieurs circonstances de sa vie et le développement de la région latérale et antérieure du crâne. Quoique le désir de faire fortune soit le but le plus commun de cette faculté, on la voit cependant s'exercer sur d'autres objets et ambitionner une autre possession, celle des livres, des coquillages, des insectes, des médailles, des tableaux, etc. Notre vénérable maître, M. Spurzheim, dont la mort a été un deuil pour la phrénologie, nous disait quelquefois : *Méfiez-vous des faiseurs de collections qui visitent la vôtre.*

Si maintenant nous passons à la région frontale, nous sommes frappés d'abord de sa prééminence incontestable sur la région postérieure, et nous voyons un développement assez considérable de tous les organes placés au-dessus de l'œil et dans son voisinage : individualité, éventualité, localité, coloris, mélodie, ordre, calcul et langage, organisation entièrement conforme aux facultés qui lui correspondent, et dont M. Périer était doué. Cependant les organes des facultés réflectives, *comparaison* et *causalité*, l'emportent sur les précédens; de là cet esprit réfléchi, profond et juste qui distinguait la polémique et les actes du négociant, du député et de l'homme d'État, lorsqu'il n'était pas emporté par la passion.

Sur les côtés du front est l'organe de la gaîté ou l'esprit des saillies, qui fait le charme de la société lorsque l'amour du prochain en émousse les traits acérés. Ceux qui ont vécu dans la familiarité de M. Périer s'accordent à lui reconnaître, dans certains momens d'abandon et d'épanchement, cet esprit qui brille dans les salons et fait pardonner la supériorité, en la voilant d'une gaze de gaîté frivole et amusante.

Messieurs, la scène de la vie est naturellement triste et monotone. Le monde positif peut satisfaire l'animal, mais à coup sûr il est fort ennuyeux pour les gens d'esprit. Le créateur, voulant les attacher à l'existence, a créé pour eux les organes de l'idéalité, du merveilleux et de l'espérance, qui jettent le prisme enchanté des illusions et l'attente d'un avenir meilleur que tous les soirs voient mourir, que tous les matins voient renaître, sur l'uniforme réalité de la vie. Ces trois organes se font remarquer sur le crâne et dans le cerveau de Casimir Périer On y distingue encore l'organe de la vénération, placé au centre du sommet de la tête; et si l'on nous objecte qu'il n'était pas rigide observateur des pratiques du culte, nous répondrons que la tendance primitive de cette faculté s'applique à vénérer tout ce qui est respectable, Dieu, la religion, les parens, les vieillards, les lois, la vertu, le génie; les modes d'application varient à l'infini. Casimir Périer vénérait un Être suprême; on l'a vu reprendre avec vivacité ceux de ses amis qui parlaient avec trop de légèreté de Dieu et de la religion. Il disait que les rois étaient les représentans de Dieu sur la terre; cependant, malgré cette vénération profonde pour l'autorité Royale, il l'avait prudemment éloignée du conseil des ministres dont il était le président. On voit dans cette exclusion non seulement le respect de Casimir Périer pour les formes constitutionnelles, mais encore la tendance des organes de la fermeté et de l'estime de soi, que la nature a placés au sommet

de l'organologie, comme pour indiquer qu'ils doivent gouverner tous les autres. Ce sont les mêmes organes qui engendrent le sentiment de la noblesse et de la dignité personnelle, et dont les abus conduisent au despotisme. C'est avec raison qu'on a parlé de l'esprit de domination de Casimir Périer. Quoiqu'il ne fût pas inaccessible aux conseils des hommes éclairés, qu'il les provoquât même souvent, sa résolution une fois prise, il y persistait avec une extrême ténacité; et ce caractère impérieux, inflexible, il ne le portait pas seulement dans l'administration des affaires publiques, il l'exerçait dans sa famille et au milieu de ses amis. Mais ce despotisme était allié à un sentiment profond de justice, à une grande bienveillance, au désir de faire ce qu'il croyait bon, utile et juste, soit à ses proches, soit à la chose publique.

En dernière analyse, Messieurs, Casimir Périer avait l'organisation et toutes les qualités d'un père de famille et d'un bon citoyen. Doué d'une grande intelligence, il manquait des bienfaits de la première éducation. Mais lorsque sa place dans le monde fut marquée par son mérite, il reconnut la nécessité de se livrer à de profondes études pour s'élever à la hauteur de l'estime que ses concitoyens lui témoignaient déjà. Il travaillait laborieusement, et avec un soin infini, toutes les questions qu'il se proposait de traiter à la Chambre des députés. Lorsque la mort du général Foy laissa la tribune veuve, Casimir Périer s'y présenta pour le remplacer, de concert avec Benjamin Constant, qui eut sur lui l'heureux privilége de mourir avec toute sa popularité. Alors il dérobait au sommeil une partie des heures qu'il consacrait au travail; mais ce travail brûlait son âme, usait ses organes. Sa santé ne put résister au choc des passions et des intérêts tout palpitans des luttes parlementaires. Aussi, lorsque le ministère réparateur de M. de Martignac vint apporter une trêve aux débordemens des partis et des ambitions rivales, il laissa à de nouveaux athlètes l'arène représentative; mais pressentant que la patrie l'appellerait peut-être bientôt à de nouveaux combats, à de plus grands sacrifices, il s'y prépara en homme de conscience et d'honneur, et les études qu'il fit, malgré l'altération de sa santé, sont incroyables.

S'il entrait dans notre sujet de porter un jugement sur l'administration et le système politique de Casimir Périer, nous saurions faire le sacrifice de nos opinions personnelles, pour rendre hommage à ce que nous croyons la vérité. Casimir Périer avait vu, en 1814, dans une occasion qui le menaça d'une ruine totale, et qui fit éclater la grande énergie de son caractère, combien la guerre et les commotions politiques sont fatales au commerce et à l'industrie. Ce fut encore sous l'influence de cette impression qu'il arriva en 1831 à la direction des affaires publiques. Il pensa que la France était assez riche de gloire, assez grande de territoire, assez largement dotée de libertés, et en conséquence il chercha dans la paix sa stabilité d'une révolution qui paraissait à d'autres devoir se fortifier par le baptême de la victoire. Eut-il raison, eut-il tort? l'avenir en décidera; mais ce que le phrénologiste doit reconnaître ici, c'est que son système de paix et d'ordre était moins encore le fruit de son expérience que le résultat de son organisation; et la justice fait un devoir de dire qu'il tint les rênes de l'État d'une main ferme et vigoureuse, dirigée par une conscience noble et des intentions généreuses.

Voici le buste et le cerveau de Lamarque, écrivain brillant, soldat courageux, général habile et député consciencieux. Il était à peine âgé de vingt-un ans, lorsqu'il s'enrôla, en 1792, comme simple soldat dans les armées de la république. Il devint au bout de quelques mois (les hommes et les événemens marchaient vite à cette époque), il devint capitaine des grenadiers de Latour-d'Auvergne, connus de nos ennemis sous le nom de *colonne infernale*. Il se fit de bonne heure distinguer par sa bravoure au milieu de cette armée de géans qui promenèrent les couleurs républicaines et l'aigle impérial dans toutes les contrées de l'Europe. En 1793, placé à l'avant-garde de l'armée des Pyrénées-Occidentales, commandée par le vieux Moncey, il arrêta, avec une seule compagnie, une colonne espagnole qui tournait l'aile gauche de l'armée, et reçut deux blessures graves. Plus tard, lorsque les Français eurent franchi les Pyrénées, Lamarque, à la tête de deux cents grenadiers, marcha contre Fontarabie, s'empara des redoutes qui dominaient la ville, et malgré le feu terrible de l'artillerie espagnole, il se précipita dans les fossés suivi de soixante-quinze grenadiers, avec lesquels il abattit le pont-levis et pénétra dans la place. Faut-il parler de tous les combats où brilla le grand courage de Lamarque? Mais il faudrait nommer tous ceux auxquels il eut le bonheur d'assister: Hohenlinden, Villa-Nova, Piave, Oberlitz, Laybach, Alta-Julia, Wagram, où il eut quatre chevaux tués sous lui. Mais puis-je passer sous silence *la prise fabuleuse de l'imprenable Caprée?* Dans le mois d'octobre 1808, il part à la tête de dix-huit cents hommes, dont Murat lui avait confié le commandement. La première enceinte de l'île est escaladée sous le feu des canons et de la mousqueterie de quatorze cents Anglais. Lamarque y monte le premier avec cinq cents hommes d'élite, et semblable au général espagnol qui, en abordant sur le sol mexicain fit brûler ses vaisseaux, il fait éloigner les siens, pour montrer à cette poignée de braves qu'il n'y avait pour eux d'autre alternative que la victoire ou la mort... Je m'arrête, Napoléon du haut de son rocher a immortalisé le nom du vainqueur de Caprée, et stigmatisé celui du vaincu (sir Hudson Lowe) qui était devenu le geôlier du grand homme.

Messieurs, on trouve dans le cerveau de Lamarque toutes les qualités du bon soldat et du grand capitaine, L'organe *du séjour*, qui, allié avec les sentimens supérieurs, est l'origine du patriotisme; un courage invincible qui se dessine dans l'énorme distance des deux apophyses mastoïdes; la *circonspection* et la *ruse*, qui sont indispensables au général d'armée chargé d'un commandement, la passion de la gloire, qui résulte d'un grand développement de l'organe de l'approbation; enfin une force morale, une fermeté inébranlable, caractérisée par l'élévation du sommet de la tête, qualité sans laquelle il n'y a point de grands hommes. Cette organisation, Messieurs, était dans une étroite harmonie avec le genre d'intelligence qui caractérisait Lamarque. Peut-être que la comparaison et la causalité n'ont point ici tout le développement que nous pourrons un jour, je l'espère, vous montrer dans la tête de leur maître à tous, de Napoléon; mais je vous prie de remarquer qu'un front fuyant n'est point l'indice de l'absence du génie dans un grand nombre de têtes.

C'est souvent en effet le développement extraordinaire des organes placés à la base du front, et désignés sous le nom de facultés perceptives, qui produit cette illusion. Si donc dans cette tête on supprime, par la pensée, le groupe de brillantes facultés qui distinguent le buste de Lamarque, on aura un front droit et élevé, mais court et aplati, celui en un mot d'un homme médiocre. Ici, au contraire, vous distinguez les organes du langage, du calcul, celui des localités, de l'individualité, de l'éventualité et des formes, ceux enfin qui produisent ce coup-d'œil rapide, cette perception vive, prompte et juste des objets placés dans l'espace.

Notre précédente observation sur cette forme inclinée des organes de la comparaison et de la causalité, s'applique à l'organe de la bienveillance, dont Lamarque n'était point dépourvu; un seul fait suffit pour le confirmer. Pendant les cent-jours, nommé par l'empereur, général en chef de l'armée de la Loire, il pacifia la Vendée, autant par sa modération que par sa fermeté, et acquit ainsi une gloire plus solide et plus pure que si elle avait été achetée par des flots de sang français.

A l'élargissement des parties latérales et supérieures du front, qui de vous, Messieurs, n'a déjà nommé l'organe de l'idéalité, du talent poétique? En effet, les exploits du grand capitaine n'étaient surpassés que par les bulletins homériques, destinés à célébrer la gloire de ses braves compagnons d'armes. Cette magie de style ne brillait pas moins dans les discussions quelquefois sèches et positives de la tribune législative. Abordait-il les questions de politique extérieure, il se plaisait à dérouler le tableau des peuples de l'Europe comme un vaste champ de bataille, et en montrait la conquête facile avec le drapeau de la liberté. S'il peint le feu des révolutions qui fermente dans le cœur des enfans de Brutus: « Le Vésuve, dit-il, n'est pas le seul volcan qui fume en Italie. » Partout des descriptions, des comparaisons, des images poétiques; mais à travers les discours les plus pacifiques du législateur, on voit la pointe de l'épée du général.

Ce culte de Lamarque pour la gloire et la liberté était à la fois l'élan d'une âme généreuse et le résultat d'une conviction profonde. Frappé mortellement par l'horrible fléau qui décima la population de Paris, il sentait dans une lente agonie s'éteindre tous les jours une faible lueur de vie, lorsqu'on lui présenta le compte-rendu des députés de l'opposition. Il signa *Lamarque mourant*: protestation éloquente en faveur des principes qu'il avait soutenus avec conscience et courage, et qu'il voulait ensevelir dans sa tombe.

Messieurs, il y a des époques dans l'histoire du monde où la nature semble réunir tous les germes vigoureux de sa puissance créatrice pour enfanter de grands hommes. Ensuite elle se repose comme fatiguée par l'âge et comme épuisée dans les sources de sa féconde énergie. Le même siècle vit naître Alexandre et Aristote; la même année (1769) donna naissance à Napoléon et à Cuvier: tous deux brillans de force et de génie, tous deux dignes de donner leur nom à la génération qui s'élève autour d'eux. L'un régnera sur les champs de bataille, fondera des dynasties, brisera des trônes, et marchera à la tête de la civilisation européenne. L'autre régnera dans le pacifique empire des lettres, au milieu du premier corps savant de l'Europe; encyclopédie vivante et toujours progressive des connaissances humaines, il dérobera ses secrets à la vie, et sera le législateur de l'histoire naturelle. Examinons, Messieurs, par quelle puissance d'organisation l'intelligence de Cuvier opéra ces prodigieux travaux.

L'autopsie de ce grand naturaliste fut faite le 15 mai 1832, par MM. Orfila, Duméril, Dupuytren, Allard, Biett, Valenciennes, Laurillard, Rousseau, Andral neveu, et Bérard. L'encéphale de Cuvier fut pesé, il s'élevait à trois livres dix onces quatre gros et demi; il surpassait à peu près d'un tiers le poids des cerveaux ordinaires, et il fut constaté que cette énorme différence tenait presque exclusivement au développement des lobes cérébraux; le cervelet, la protubérance et le bulbe rachidien, ne dépassant pas le volume ordinaire de ces organes dans les autres sujets. Aucune des personnes présentes, dit M. Berard, à qui nous devons ces détails phrénologiques, n'avait mémoire d'avoir vu un cerveau aussi plissé, *des circonvolutions aussi nombreuses* et aussi pressées, des anfractuosités si profondes. C'était surtout à la partie antérieure et supérieure des lobes cérébraux, que cette conformation avait acquis le plus heureux développement.

Ce serait une erreur préjudiciable à la phrénologie, de croire qu'on peut apprécier l'étendue des facultés intellectuelles, d'après le poids et le volume absolus du cerveau. L'expérience et le raisonnement prouvent le contraire. C'est surtout dans la comparaison des diverses régions entre elles, que le phrénologiste puise la source de ses jugemens; et des têtes volumineuses par le nombre et l'activité des penchans et des instincts animaux, sont remarquables par la petitesse des lobes antérieures du cerveau dans lesquels réside l'intelligence.

Nous ne pouvons admettre non plus que le cerveau de Cuvier renfermât un plus grand nombre de circonvolutions que les cerveaux ordinaires. La nature a déterminé les organes qui sont départis à l'économie animale, et tous les individus, à part quelques monstres, en présentent le même nombre. L'athlète vigoureux, le géant colossal, n'ont pas un plus grand nombre d'os et de muscles que le chétif avorton de la Laponie; mais les organes sont plus grands, plus forts, et doués d'une activité supérieure. Telles étaient les circonvolutions du cerveau de Cuvier. Malheureusement il ne fut pas moulé en plâtre, ainsi que les journaux l'avaient annoncé. Afin de saisir le fil insaisissable de sa maladie, on le coupa par tranches comme du temps de Vicq-d'Azir, et bientôt il fut réduit en une masse informe dans laquelle l'œil n'aurait plus reconnu les vestiges de l'organisation humaine. Cette grave omission, entièrement indépendante du professeur qui fit l'autopsie, serait jusqu'à un certain point réparable pour la science, si nous possédions le modèle du crâne. Nous avons espéré jusqu'au dernier moment, que nous pourrions vous le montrer; mais la communication du seul exemplaire qui existe a été définitivement refusée à la société phrénologique, par une volonté inflexible. Au reste tous ceux qui l'ont vu, tous ceux qui de son vivant ont connu Cuvier, savent quel était le développement énorme de la région frontale comparée aux trois autres. On rencontre rarement, même parmi les hommes de génie, un volume aussi considérable

des organes du langage, de la mémoire des faits et des lieux, de l'ordre, du coloris, des formes et de la construction. Aussi Cuvier savait déjà lire à un âge où les autres enfans savent à peine parler. Le dessin était une de ses occupations favorites. Sa mémoire dans tous les genres était prodigieuse, et il était profondément versé dans la connaissance de la littérature et des langues étrangères.

Ces facultés communes, quoique à un degré inférieur, à tous les savans qui s'occupent d'histoire naturelle, auraient donné au front de Cuvier le plan incliné que nous avons signalé dans le buste de Lamarque ; mais le prodigieux développement des organes de la comparaison, de la causalité et de l'idéalité, élevait, agrandissait en lui la région antérieure et supérieure du front, siége de l'intelligence. De là, ces investigations profondes, ces descriptions précises et rigoureuses, ces savantes classifications, ces principes philosophiques clairs et féconds, cet esprit de généralisation inimitable, qui brillent dans ses ouvrages, et surtout dans ses leçons d'anatomie comparée et dans ses recherches sur les ossemens fossiles.

Messieurs, vous le savez, l'histoire de tous les peuples atteste que le monde a subi d'épouvantables catastrophes, et que des générations entières d'hommes et d'animaux ont disparu de la surface du globe. A Cuvier était réservée la gloire, sans partage et sans rivalité, de porter une lumière inconnue dans le chaos impénétrable de ces mondes détruits. A l'aide de quelques débris mutilés, ensevelis dans les entrailles de la terre, semblable au premier homme qui, dans le jardin d'Eden, fait passer devant lui les animaux pour leur imposer des noms, Cuvier recompose des créations tombées dans le néant ; et comme la chaîne des êtres se lie dans la nature par des anneaux indivisibles, en retrouvant une pièce de cet édifice immense, il le reconstruit tout entier avec une étonnante sagacité, et nous montre ce que la terre fut, ce qu'elle est, ce qu'elle deviendra un jour. Jamais le talent de l'induction n'avait été poussé si loin, et il fallait tout le génie de Cuvier pour oser l'entreprendre.

Cette supériorité d'esprit, de science et de raisonnement, Cuvier l'apportait dans toutes les questions d'administration générale et d'utilité publique ; il était l'une des lumières, on pourrait même dire l'oracle du conseil d'état. Mais qu'on ne cherche point en lui l'homme d'action, l'homme politique. Dans la plupart des hommes ce sont les facultés affectives qui dirigent l'intelligence, et l'exploitent à leur profit ; dans beaucoup de savans, au contraire, l'intelligence maîtrise et conduit les passions de l'animalité. C'est ainsi que Newton fut un membre muet du parlement d'Angleterre. Si l'organe de la fermeté avait donné plus d'élévation au crâne de Cuvier, si cet organe avait offert un développement proportionné à celui de la fierté et de l'approbation, dans le naturaliste, vous auriez probablement admiré l'homme d'état. Vous auriez trouvé dans les actes de sa vie politique, cette énergie morale et cette indépendance, que dans un siècle comme le nôtre, toujours battu par les tempêtes politiques, les événemens demandent aux hommes qui ne craignent pas d'affronter l'ouragan révolutionnaire.

Quelque incomplètes que soient les notions que nous venons de vous fournir sur l'organisation cérébrale de Cuvier, il n'est pas moins évident pour nous que cette belle organisation était l'une des preuves les plus frappantes d'une doctrine contre laquelle il avait eu la faiblesse de se prononcer, il y a vingt-cinq ans, dans son fameux rapport à l'Institut, et (faut-il le dire?) pour ne point déplaire à Napoléon, qui croyait voir dans la découverte de Gall un arsenal de grossier matérialisme. Cependant ces deux hommes célèbres étaient faits pour s'entendre, pour s'estimer, et sur la fin de leur carrière ils se rendaient mutuellement justice. Gall avait déjà un pied dans la tombe lorsque Cuvier lui envoya un crâne qui, disait-il, lui paraissait confirmer la doctrine de la physiologie du cerveau. Mais Gall mourant répondit à celui qui le lui présentait : « Remportez cette tête ; dites à Cuvier qu'il n'en manque plus qu'une seule à ma collection : c'est la mienne ; elle y sera bientôt comme une preuve complète de ma doctrine. »

Je me proposais, Messieurs, de vous entretenir encore de Walter Scott, le barde moderne, de notre bon et spirituel Andrieux, de Martignac dont les regrets de tous les partis ont environné la tombe ; mais l'heure s'avance et m'ordonne de finir. Toutefois, les trois exemples que nous avons rapportés ne seront pas stériles pour la science que nous cultivons. Cette science n'est pas complète ; non, sans doute ; mais plus il y a de secrets qui échappent à l'observation, plus il importe de réunir ses recherches et ses travaux pour doter la génération actuelle des bienfaits que promet la phrénologie, en lui révélant le principe des actions des hommes, le secret de leurs vices et de leurs vertus, de leurs passions si fatales au repos des États, et de leur génie créateur qui fait les délices du genre humain.

OBSERVATIONS

CRANIOSCOPIQUES,

Par M. le docteur FOSSATI,

Vice-Président.

Messieurs,

La phrénologie est arrivée à un tel point d'avancement et de certitude, qu'elle ne craint plus l'arme du ridicule, dont on s'est servi jusqu'ici pour la combattre. Ce fut particulièrement sous le rapport de la crânioscopie que nos adversaires ont cru pouvoir nous attaquer avec avantage. En effet, c'est la partie la plus étonnante de la science que nous cultivons. Quoi de plus incroyable que de pouvoir reconnaître par l'examen de la forme d'une tête quels sont les penchans, les talens et les facultés intellectuelles d'un individu ? Il y a bien là de quoi faire grand nombre d'incrédules ! Et c'est précisément à cause de la nouveauté de cet art et des résultats merveilleux qu'il nous promet, que la crânioscopie pique la curiosité du public à tel point, qu'il n'y a jamais de phrénologiste reconnu comme tel dans une société, qu'hommes et femmes ne viennent immédiatement lui présenter la tête pour savoir quelles sont les protubérances que l'on y découvre. J'ai vu, Messieurs, plus d'un de ces curieux pâlir de sur-

prise, après avoir manifesté hautement son incrédulité par toutes sortes de plaisanteries.

Mais, si cette partie de la phrénologie est si pleine d'intérêt, ne croyez pas qu'elle soit d'une application facile. Il faut une longue habitude de la part de l'observateur avant qu'il puisse saisir les différentes formes des têtes, et reconnaître dans leur développement partiel, quelles parties correspondantes du cerveau elles représentent, et conséquemment quelles facultés. Les méprises et les erreurs sont trop faciles. Je pourrais vous faire une longue énumération des mécomptes auxquels se sont exposés de soi-disant phrénologistes, mais ce n'est pas là mon but. Beaucoup de personnes croient qu'il suffit d'avoir suivi un cours de phrénologie, et de savoir où sont placés les différens organes du cerveau, pour être à même de prononcer des jugemens sur les différens individus qu'elles examinent. Elles se trompent. Il faut être, au contraire, très-circonspect avant d'avancer un jugement quelconque. Mille circonstances, mille accidens, peuvent se présenter et vous induire en erreur. Je ne vous en citerai qu'un seul exemple; c'est celui d'une personne qui, après avoir suivi un de nos cours, sut découvrir que monsieur un tel avait l'organe de la dévotion, tandis qu'il n'avait qu'une énorme exostose sur le sommet de la tête! Il a fallu, au dire de Gall, quelques années à Spurzheim, avant qu'il ait pu se prononcer franchement sur les différens organes, et il m'en a fallu aussi à moi quelques-unes. Dans les premiers temps de mes études phrénologiques, je n'osais jamais me prononcer, tant me paraissait incroyable l'application de cette doctrine.

Vous voyez, Messieurs, que la pratique de la crânioscopie est toute remplie de difficultés; cependant elle est fondée sur des faits positifs, sur des principes physiologiques de la dernière évidence: elle est donc praticable. Je vous en donnerai quelques preuves aujourd'hui, en vous citant seulement certains faits marquans, parmi ceux en grand nombre que j'ai été à même de recueillir jusqu'ici.

M. Desforges, négociant quincaillier sur la place Maubert, s'est présenté chez moi le 15 février 1830, en me priant de visiter son enfant, âgé d'environ onze ans. Je crus qu'il voulait me consulter comme médecin pour un cas de maladie, lorsqu'il m'expliqua que c'était pour examiner sa tête qu'il me l'avait amené, et que déjà il l'avait présenté à plusieurs médecins. En me disant cela il lui ôta son bonnet. En le regardant simplement, je vis immédiatement la mauvaise organisation de cet enfant. Je lui demandai s'il en était le père. Sur sa réponse affirmative, je lui dis que je n'avais qu'à le plaindre; qu'il n'y avait rien à faire pour son fils; que je trouvais en lui la plus malheureuse organisation que l'on puisse avoir, et que je pensais qu'il devait être bien méchant, querelleur, enclin au vol et absolument incapable de rien apprendre. Au moment où je faisais cette explication au père, j'avais les yeux sur son enfant, et je m'aperçus qu'il allongeait déjà la main pour s'emparer du canif qui était sur mon bureau.

Le père me confirma tout ce que je venais de dire, en ajoutant qu'on n'avait voulu le garder dans aucune pension; qu'il se battait avec tout le monde, qu'il avait manqué de mettre le feu à la maison plusieurs fois, et qu'il n'avait jamais rien appris.

En regardant cet enfant plus attentivement, je remarquai dans ses yeux des mouvemens irréguliers, un regard égaré et commun aux épileptiques, et en même temps une sorte de gêne ou de paralysie dans les membres d'un côté, et j'ajoutai alors au père, qui me parut très-affligé de ce que je venais de lui dire, que j'avais une consolation à lui donner, la seule à désirer dans un cas pareil; c'était que probablement son fils sous peu de temps aurait cessé de vivre.

M. Desforges est venu le 18 novembre de la même année m'informer de la mort de son fils, arrivée quelques semaines après sa visite, et il a de nouveau confirmé mes jugemens et mes observations, puisque, jusqu'au jour même de sa mort, cet enfant cherchait à mordre ou à blesser sa mère, et les personnes qui venaient lui donner leurs soins.

Je passe à un autre fait. Il existe à l'hospice des Incurables, faubourg Saint-Martin, une division d'enfans infirmes, épileptiques ou idiots. Jai visité ces enfans dans les premiers jours du mois de mars dernier, accompagné par M. le docteur Édouard Louis, interne dans le même hospice. Parmi les différens idiots, j'en ai remarqué trois, réduits à l'état de vie purement végétative. Je priai M. Louis de me procurer dans une note la mesure de leur tête, et quelque indication sur leur âge et sur leurs qualités; en le priant en même temps de me prévenir pour l'autopsie, aussitôt que celui que je désignais aurait cessé de vivre, parceque sa mort me paraissait prochaine.

C'est l'enfant dont je vous présente le crâne: il mourut le 21 mars. Il s'appelait Rontat, et il était âgé de dix ans. Son idiotie était si complète qu'il ne savait même pas prendre les alimens qu'on lui présentait.

Un autre des enfans observés par moi s'appelle Swaner, de l'âge de dix-huit ans. A peine je le vis, que je dis à la sœur qui nous accompagnait, que cet enfant ne devait pas ressembler aux autres, qu'il devait être bien méchant. Elle s'écria immédiatement qu'il était comme une bête féroce, qu'il mangeait avec voracité, et qu'il fallait le surveiller continuellement pour qu'il ne fit pas de mal aux autres.

Qui donc m'avait révélé tous ces secrets? Qui m'avait mis à même de prononcer de tels jugemens? La crânioscopie!... Je n'entrerai pas, pour l'instant, dans des explications phrénologiques, que vous pouvez déjà connaître; qu'il me suffise de vous faire remarquer que toutes les fois que le cerveau n'est pas assez développé, il y a imbécillité, idiotie plus ou moins complète; lorsqu'avec cette défectuosité, il y a développement des organes inférieurs latéraux, dès-lors, il n'y a pas de motifs suffisans, pas assez d'intelligence dans l'individu, pour résister aux penchans qui résultent de l'activité de ces organes.

J'ai pu prédire la mort prochaine des deux individus cités ci-dessus, parce que je voyais dans les mouvemens de leurs yeux et dans l'attitude de leur corps des indices d'une maladie cérébrale. Remarquez la petitesse du crâne de l'enfant de dix ans, mort dans l'hospice du faubourg Saint-Martin, et comparez-le avec ce crâne d'un enfant de trois ans bien organisé, et vous serez étonné de la différence. Eh bien! Messieurs, ce petit crâne, tel qu'il est, n'était pas encore tout rempli par le cerveau: on a rencontré, à l'autopsie, une quantité considérable d'eau. L'amincissement de ses parois et l'état spongieux de ces os nous prouvent clairement

qu'il a dû y avoir hydrocéphale dans cet individu ! cas très-rare et digne d'observation, que de trouver une pareille maladie avec une tête si petite. De tous ces faits, concluons donc avec Gall, qu'il faut établir en principe *qu'il y a un rapport direct entre l'imbécilité et la masse du cerveau.*

Je vais maintenant vous faire connaître quelques-unes de mes observations sur des talens très-prononcés, laissant de côté tout ce que je pourrais vous dire sur des penchans très-énergiques que j'ai reconnus sur plusieurs individus.

Vous savez, Messieurs, que dans les arts, dans les ouvrages que l'homme exécute avec ses mains, pour bien réussir, il faut une organisation spéciale. Les autres organes qui se trouvent en même temps très-développés dans un individu modifient l'organe des arts ou de la construction, et nous donnent ainsi les artistes d'un genre différent.

Voici le crâne d'un mécanicien très-habile qui construisit de ses mains, en 1827, un tour, dit à portrait, très-compliqué, au moyen duquel l'on peut réduire un bas-relief à toute sorte de dimension, soit en petit, soit en grand, et faire d'un bas-relief un creux et *vice versa*. Ce tour est très-estimé par les connaisseurs. Eh bien! il ne fit, avant de l'exécuter, aucun modèle : tout le mécanisme était arrangé dans son cerveau; il employa quatre ans pour le terminer, en faisant les plus grands sacrifices de temps et d'argent. Il mourut poitrinaire en 1828. L'organe de la construction et celui de la fermeté, très-développés chez lui, vous expliquent et son ouvrage et sa persévérance à le conduire à terme.

Les amateurs de caricatures doivent connaître celles de M. Traviès; elles ont de l'expression et du mordant; mais en examinant son front, dont je vous présente l'empreinte, je lui ai reconnu, d'abord, outre l'organe des arts, celui des localités, et je lui ai demandé s'il n'avait pas aussi du goût pour peindre le paysage. Il s'écria aussitôt, que c'était là son goût prédominant, et qu'il ne faisait des caricatures, que parce que cela lui convenait mieux. Il ajouta que ses premiers ouvrages en peinture étaient des paysages, et que, dans ses momens de délassement, il faisait encore des paysages. J'ai remarqué la même organisation dans le front de M. Ferri, décorateur très-habile du *Théâtre Italien*; aussi M. Ferri fait-il des paysages et des vues charmantes de Paris, que les amateurs recherchent avec empressement. Ses scènes de paysage sont plus estimées que ses intérieurs et ses décors d'architecture.

Le talent de la parole, du langage, a son organisation propre. En voyant, il y a trois mois, une petite fille de M. le comte Jouffroi, âgée d'environ trois ans et demi, ayant des yeux très-enfoncés dans les orbites, j'en conclus que l'organe du langage n'était pas développé, et je demandai à la mère, si sa fille parlait. La mère, étonnée de ma demande, me dit que sa fille ne prononçait que quelques mots, et qu'il était à craindre que jamais elle ne parlât comme les autres enfans, toute intelligente qu'elle était. La surprise de la mère augmenta, quand, en voyant l'organe de la circonspection très-développé, j'ajoutai que sa fille devait être bien prudente et prévoyante, et que difficilement elle se laisserait tomber à terre ou se ferait du mal. La mère me dit que, chaque fois qu'elle approchait d'une table ou d'une chenilée, elle mettait toujours sa petite main aux angles saillans, et que, s'il y avait seulement un pli dans le tapis de l'appartement, elle le défaisait toujours avant d'y passer.

Vous n'ignorez pas non plus, Messieurs, que la mimique, qui est quelque chose de plus que l'art de la simple imitation, que la mimique, cet art admirable d'exprimer par les gestes et les différens mouvemens du corps, les affections et les passions qui se passent dans notre intérieur, est également une faculté innée, et qu'elle ne peut atteindre un haut degré d'expression et de vérité, qu'au moyen d'une organisation convenable. Eh bien! les deux cantatrices les plus célèbres de notre *Théâtre Italien*, Mme. Malibran et Mlle. Juliette Grisi, qui ont eu, dans ces dernières années, le plus grand succès, non seulement comme cantatrices, mais comme actrices, ont cette heureuse organisation; et déjà, avant leur début sur la scène, je leur avais annoncé leur talent, jusque-là inconnu à elles-mêmes. Le public, par l'accueil qu'il leur a fait, a confirmé amplement le jugement du phrénologiste.

Que si je ne vous cite pas avant elles Mme. Pasta, qui a la plus forte organisation pour cet art, c'est que sa grande réputation avait devancé mon jugement phrénologique.

Enfin, je ne vous parlerai plus que d'une dernière observation. Je me trouvais à dîner, il n'y a pas long-temps, avec le célèbre compositeur de *Sargino*, de *Griselde*, de *l'Agnese*, M. Paër : les convives voulurent que je lui examinasse la tête. Je connaissais trop les circonstances principales de sa vie et ses plus forts penchans, pour m'arrêter à expliquer les organes que les assistans lui supposaient déjà, mais j'ignorais qu'il fût poète. En rencontrant donc l'organe de la poésie très-prononcé, je me bornai à lui demander s'il aimait à faire des vers. Surpris de ma demande, il m'assura que dans les différentes époques de sa vie, il avait toujours fait des vers, pour son délassement; qu'étant à Vienne, dans sa jeunesse, et se trouvant avec une des plus célèbres improvisatrices d'Italie, qui avait connu ses dispositions, elle l'avait beaucoup engagé à cultiver son talent poétique; mais que le goût pour la musique l'a emporté, étant plus profitable que celui de la poésie. Il ajouta qu'encore, en 1829, se trouvant à Randan en Auvergne, avec Monseigneur le duc d'Orléans, maintenant roi des Français, où il avait apporté du papier pour faire de la musique, il ne put jamais tirer de son cerveau une idée musicale; mais, qu'au contraire, ce n'étaient que des vers qui lui venaient à la pensée, et qu'il en fit en grand nombre. Le site, qui ressemble à celui de son pays natal, avait probablement contribué à réveiller l'activité de l'organe de la poésie. On voit maintenant, par ces exemples, la confirmation du principe, *qu'un développement partiel du cerveau indique l'aptitude à l'exercice d'une fonction déterminée.*

Par le petit nombre de faits que je viens de vous citer, j'espère, Messieurs, vous avoir prouvé que la crânioscopie est un art fondé sur des bases certaines; qu'elle peut être regardée comme un véritable livre rempli d'instructions, d'agrémens et d'avertissemens utiles, pour ceux qui savent le déchiffrer. Bien différente de la physiognomonie ou de la pathognomonie, qui se bornent à vous dévoiler l'expression des facultés en état d'activité, c'est-à-dire, l'expression des passions et des affections humaines, que l'on peut, par

l'habitude et l'exercice, contrefaire et simuler, la crânioscopie vous fait connaître les dispositions innées d'un individu, son aptitude pour les différentes facultés propres à notre espèce, ainsi que la portée de son intelligence. Que si l'on peut affecter sur sa figure la colère ou la joie, la bienveillance ou l'amour, l'on ne pourra jamais vous en imposer par une forme de tête différente de celle que l'on a; et conséquemment, l'étourdi ne pourra pas vous inspirer confiance pour sa prudence, ni l'homme vain et de courte intelligence, pour son génie; de même, l'homme juste, l'homme bienveillant, l'ami sincère, n'auront pas besoin de phrases, pour vous faire croire à la vérité de leurs sentimens.

Messieurs, lorsque la phrénologie sera plus généralement étudiée, le livre de la crânioscopie ne sera plus une énigme à deviner; son interprétation ne sera plus un privilége réservé aux élus de l'école phrénologique, et tous, avec surprise, reconnaîtront la vérité et l'utilité de cette science admirable.

CONSIDÉRATIONS PHRÉNOLOGIQUES

SUR LES TÊTES

DES

QUATRE CHARRUAS,

Par M. DUMOUTIER.

—

Plusieurs journaux ayant annoncé, il y a quelque temps, l'arrivée à Paris de quatre sauvages échappés, l'an dernier, au massacre de la belliqueuse tribu des Charruas, et les renseignemens qu'ils en ont donnés nous paraissant, sur certains rapports, en contradiction avec leur organisation cérébrale, nous allons examiner ces individus sous le point de vue phrénologique.

Lors de l'invasion des Européens dans cette partie de l'Amérique du Sud, la tribu dont il s'agit paraissait fort nombreuse; elle habitait, par le trente-cinquième degré de latitude sud, la côte septentrionale de la rivière de la Plata, depuis Maldonado jusqu'à la rivière Urugay. Elle s'étendait vers le nord, sur une superficie de trente lieues environ, jusqu'à un grand désert qui la séparait des Guanaris, et à l'ouest ses frontières étaient limitrophes de celles des Yaros, habitans des rives du Sansalvador, près de son embouchure.

Doués d'une pénétration beaucoup plus grande qu'on ne le croit ordinairement, les Charruas comprirent tout d'abord les intentions des Européens. Ne trouvant aucun avantage à partager leur civilisation, ils ne virent en eux que des envahisseurs inhumains qui venaient leur ravir la liberté. Dès-lors, une haine implacable, nourrie par des provocations continuelles, fut la source des malheurs qui, depuis le commencement du seizième siècle jusqu'à ce jour, désolèrent ces belles contrées. L'histoire écrite de ces peuples étant nécessairement postérieure à l'invasion européenne, ne nous apprend que fort peu de choses sur leurs mœurs primitives. Il paraît cependant, qu'avant la première fondation de Buénos-Ayres, en 1535, ils ne vivaient que de la pêche ou de la chasse, et quoique le gibier fût très-abondant, ils n'en faisaient aucun cas. Ils s'adressaient de préférence aux tigres jaguars, très-nombreux dans ces contrées; ils les attendaient de pied ferme, et très-souvent ils étaient forcés de lutter corps à corps avec cet ennemi redoutable. Faisant consister toute leur gloire à vaincre et à se nourrir de la chair de leurs plus formidables adversaires, c'est par des motifs de ce genre qu'ils étaient alors anthropophages, et qu'ils sont parvenus à anéantir les tribus des Yaros et des Minuanes, leurs voisins. Lorqu'en 1580, les Espagnols, sous la conduite de Juan Ortiz de Zarate, tentèrent de fonder de nouveau une colonie, ils trouvèrent de très-grands changemens dans l'aspect que présentait ce pays, qui était couvert de nombreux essaims de chevaux sauvages, et ne furent pas moins surpris des nouvelles coutumes des Charruas. Ce n'était plus seulement ces hommes au regard farouche qu'ils avaient encore à combattre, mais une nation de centaures, dont l'agilité plus que la cruauté semblait redoutable. Voici la cause à laquelle on s'accorde assez généralement à attribuer leur vie équestre. Don Pedro de Mendoza ayant tenté le premier de fonder Buénos-Ayres, les Espagnols qui, dans l'espoir de coloniser, avaient amené avec eux une très-grande quantité de bœufs et de chevaux de l'Andalousie, ne tardèrent pas à être contraints par les naturels d'abandonner le territoire et tout ce qu'ils y avaient apporté. Leurs troupeaux, qui furent dispersés, se répandirent dans l'intérieur où ils se propagèrent en quantité innombrable. En moins d'un demi-siècle, toute la vaste étendue comprise entre le Rio de la Plata et le Rio Negro, fut couverte de ces animaux, qui jusqu'alors n'y étaient pas connus, et qui pénétrèrent même fort avant dans la Patagonie, et retournèrent à l'état sauvage. Depuis ce temps, dans toutes ces contrées, bien que leur destruction ait été opérée avec la plus grande prodigalité, ils sont encore tellement nombreux à présent, qu'ils y ont très-peu de prix. Pendant tout le temps que les bâtimens portugais étaient en croisière devant ces parages, les Européens ne pouvant en approcher pour y faire le commerce, un cheval de quatre ans se vendait 4 ou 5 francs de notre monnaie; depuis la paix, ils ont beaucoup augmenté de valeur, mais cependant, pour 50 à 60 francs on y achète encore un très-beau cheval (1).

---

(1) Dans toutes les provinces de la Plata, la principale industrie des habitans des campagnes (gaouchos), consiste dans la salaison et la dissécation des viandes de bœufs que l'on exporte à La Havane et dans presque toutes les Antilles, pour la nourriture des nègres. Près de Montevideo et de Paysandu, il y a des *Mataderо* (Tueries), ou *Saladero* (Saleries), dans lesquelles en emploie de 25 à 30 *Peones* (pions ou journaliers), qui dans une matinée tuent plus de deux cents bœufs; et pendant les six mois de la saison pour la *charguеadra* (préparation des chairs), on y tue de vingt-cinq à trente mille de ces animaux.

La multitude de ces bestiaux, et la grande facilité avec laquelle les Charruas les volent dans les habitations des créoles, ont été les causes de l'incurie de ces sauvages pour la culture des terres, d'autant plus qu'ils étaient ainsi pourvus d'une nourriture généreuse et abondante, et que tout ce qui n'était pas employé à leur alimentation, leur fournissait en grande partie les matériaux de leur industrie.

Selon quelques personnes qui ont habité pendant longtemps ces pays, et auxquelles je dois la plupart de ces renseignemens, ces anciens habitans des bords de l'Uragay étaient généralement d'une stature égale à celle des Européens. Les Charruas que l'on voit présentement à Paris, et que l'on s'est accordé à reconnaître d'une petite stature, relativement à leurs compatriotes, sous tous les autres rapports fournissent exactement le type de la nation à laquelle ils appartiennent.

Ils paraissent être d'un tempérament bilioso-sanguin. Les traits de leur physionomie sont bien prononcés et caractéristiques. Leurs yeux sont petits, vifs et brillans; ils doivent en partie cet aspect à la couleur noire de l'iris: ils sont écartés l'un de l'autre, dirigés un peu obliquement en haut et en dehors, comme chez les *Tartares* ou chez les *Mongols*. L'ouverture des paupières est habituellement petite, disposition qui donne à leur regard une expression de fausseté qui tient de celle de tous les animaux du genre chat. Si l'on fait une exception pour l'un d'eux (Sénaqué), chez les autres le nez est court et gros; large par la base, les ouvertures des narines sont grandes et béantes. Les cavités nasales et buccales paraissent spacieuses, à en juger par le grand développement des os de la face. Ceux des pommettes étant proéminens, ainsi que la saillie mentionnière, il il en résulte que chez tous le visage est large et peu avancé au-dessous du crâne. Le sommet de la tête est élevé, arrondi. Les rayons frontaux et sincipitaux ont presque la même étendue; les rayons occipitaux sont les plus courts. De tous les diamètres transverses, ceux de la base du cerveau, et particulièrement le bi-temporal, sont les plus grands. La région occipitale est aplatie dans sa partie supérieure. Leur nuque large et bombée est l'indice d'un grand développement du cervelet. Les régions temporales sont grandes, et par leur conformation, on peut reconnaître que les lobes moyens du cerveau sont les plus développés. Le front est, relativement aux auautres parties, dans des proportions moyennes, et non pas *aplati*, ni *abaissé*, comme on l'a indiqué dans l'*Europe littéraire* du 19 juin, N° 48, 1re année, p. 115 et suiv. Je ne pense pas, ainsi qu'il est dit dans cet article, que le crâne de ces peuples paraisse *plus épais*, *plus solide*, et *moins étendu* que celui des nations de la race blanche. Il résulte de l'examen attentif que je fis de celui de l'un d'eux (Sénaqué), que la *densité* des os ne présente pas de différence. Il en est de même de leur *épaisseur*; bien qu'elle varie un peu dans plusieurs endroits de la voûte, les points les plus épais ont tout au plus deux lignes; et comme cette disposition se rencontre presque constamment dans la race blanche, chez les sujets de l'âge de celui-ci, elle ne pourrait être considérée comme propre à son type.

Quant à la détermination de l'*étendue* ou du *volume* de leur crâne, par l'emploi des moyens ordinaires, mes évaluations ne se sont pas rencontrées avec celles du mémoire de M. Virey. La *circonférence* ayant été la seule mesure énoncée, il est impossible, par elle seule, de se faire une idée du volume. Cependant, comme il semble qu'on l'a donnée en preuve de l'assertion qui la précède, si l'on compare sa valeur à celle indiquée par M. Lelut (20 pouces 3 à 4 lignes, *moyenne, dans la race Caucasique* (1), on verra que la circonférence moyenne des quatre Charruas, prise sur les mêmes points, est rigoureusement semblable. Lors même qu'on aurait donné très-minutieusement les quantités de toutes les autres dimensions, l'emploi de tels moyens généraux ne saurait être suffisant pour préciser les caractères propres à chaque sujet ou à chaque race: car, en supposant que le volume absolu du crâne ou du cerveau de deux individus ou de deux peuples soit absolument le même, ils pourraient cependant présenter entre eux de très-grandes différences dans leurs manifestations.

C'est en suivant cette méthode ordinaire de commensuration, que M. le docteur Lelut n'a pas trouvé de différence entre l'organisation cérébrale des voleurs homicides, et celle des hommes de toutes les autres classes de la société. C'est ainsi que l'on commettra des erreurs du même genre, tant qu'on n'aura pas *déterminé les proportions de chacune des parties constituantes du cerveau d'un individu, et que l'on ne comparera pas leur volume relatif*. Il est bien avéré aujourd'hui que dans chaque région de la masse cérébrale, les organes qui y siégent correspondent à des facultés essentiellement différentes, et que les organes des facultés analogues sont groupés dans les mêmes régions. Il est également bien prouvé que, selon que le volume d'une région s'écarte de ses proportions ordinaires chez un individu, cette disposition est l'indice d'une différence analogue dans ses manifestations habituelles ou dans son caractère. Il suffit donc, pour apprécier ces rapports, d'user de la méthode que je viens d'indiquer.

Vivant presque toujours nus, les Charruas supportent aisément les variations de l'atmosphère. Leur peau paraît généralement fine et luisante, à cause de l'enduit sébacé qui la couvre. L'épiderme et les ongles sont fins; leur forme aux pieds et aux mains est jolie. La matière colorante sous-épidermique est assez uniformément répandue, excepté à la plante des pieds et à la paume des mains, qui sont blanches et qui contrastent singulièrement avec la teinte brune générale qui se rapproche beaucoup du ton de la *sépia*. Leurs cheveux sont noirs, abondans, soyeux et lisses; ils les portent grands: ceux des femmes sont plus longs et tressés; chez quelques-unes, ils descendent jusqu'au milieu du dos. Les Charruas sont moins disposés que nous à la calvitie, et leurs cheveux blanchissent rarement chez les vieillards. Leur barbe est rare; elle ne forme pas de favoris, mais deux petites moustaches peu contournées, et un petit bouquet sous le menton. Ils sont dans l'usage de s'épiler par extraction.

Leur derme est épais et ferme; la transpiration cutanée

(1) Examen comparatif sur les dimensions du crâne chez les voleurs homicides, etc. *Journal hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie pratique.*

est abondante. Pendant les plus grandes chaleurs d'août, et après de grands exercices, je n'ai pas vu apparaître une goutte de sueur sur la peau de l'un d'eux (Tacuabé); il est vrai de dire, qu'il était nu. La sensibilité y est aussi moindre que chez les peuples qui sont dans l'usage de se couvrir. Aussi le tatouage et les incisions qu'ils se pratiquent eux-mêmes volontairement, sont-ils beaucoup moins douloureux que nous ne le pensons; d'autant plus que, de bonne heure, ils accoutument leurs enfans à supporter et à braver la douleur physique.

Les sens les plus exercés chez eux sont ceux de *la vue*, de *l'ouïe* et de *l'odorat* dont l'activité est beaucoup plus grande que celle des peuples civilisés. Comme nous, en appliquant l'oreille contre la terre, ils distinguent la voix ou le moindre bruit à une distance plus considérable que celle à laquelle entendrait un Européen dont l'ouïe serait très-fine. Il en est de même de la portée de leur vue, et de la justesse avec laquelle ils distinguent les traces du passage d'un homme ou d'un animal, et reconnaissent, dans un grand éloignement, l'objet pour lequel leur sens est en activité.

Le *goût* est loin d'être chez eux aussi délicat; cependant ils aiment les fruits aigrelets et savoureux, et boivent avec plaisir l'infusion aromatique de l'herbe *Maté* (Ilex Paraguayensis ou Gongonha). Ils paraissent rechercher les liqueurs fortes et surtout l'eau-de-vie, à cause de l'ivresse furieuse qu'elle leur produit et dans laquelle ils se complaisent. La chair des animaux, qu'ils mangent à demi desséchée, sans assaisonnement et presque leur crue, semble préférable aux végétaux, en ce qu'elle se trouve partout et en tout temps, et parce qu'elle leur procure une alimentation plus succulente et plus durable.

L'olfaction n'est pas moins active chez eux que la vue ou l'ouïe; ce qui aura peut-être fait penser le contraire à M. Verey, c'est que ces sauvages ne se montrent pas agréablement impressionnés par l'odeur d'une rose; néanmoins, dans bien des circonstances leurs coutumes nous apprennent que ce sens est bien exercé. Ainsi, par exemple, entre autre moyens qu'ils emploient pour s'orienter dans leurs vastes solitudes et surtout dans leurs épaisses forêts, ils ont l'habitude *d'adorer* et de *goûter* la terre, ou les herbes. C'est ainsi qu'ils reconnaissent et distinguent les lieux, qu'ils apprennent à connaître le gîte des animaux, même la place où ils ne font que s'arrêter un moment.

Leur *tact*, quoique moins exercé que celui des hommes civilisés, est pourtant assez délicat et le serait beaucoup plus, s'ils eussent reconnu les avantages des arts mécaniques; mais ne voulant pas s'astreindre et se créer les besoins qu'entraîne avec elle la civilisation partout où elle pénètre, ils la dédaignent, et s'étonnent de nous voir prendre tant de peine à des travaux qu'ils considèrent comme inutiles. Aussi toute leur industrie se borne-t-elle à faire les objets de nécessité première et quelques autres en petit nombre et de pur agrément.

Les formes de leur corps sont athlétiques; leur poitrine est large et sonore. Leurs bras, quoiqu'un peu longs, sont peu musclés; leurs jambes sont, relativement au tronc, un peu arquées, courtes grêles, disposition qui tient à leur invincible habitude de l'équitation. Leurs mains sont petites et bien faites; il en est de même de leurs pieds qui sont peu voûtés, et dont le gros orteil n'a pas été luxé comme le nôtre par une chaussure. Il est presque opposable (1), et d'une grande mobilité par suite de l'habitude qu'ils contractent dès l'enfance de s'en servir comme du pouce.

On sait que par une longue pratique, nombre d'individus sont parvenus à rendre leurs pieds préhensibles et à s'en servir comme de mains: le jeune Ducornet, privé de ses bras depuis sa naissance, est porté tous les soirs à l'Académie de peinture par son père. Avec un de ses pieds il tient la palette, et avec l'autre il conduit le pinceau. J'ai vu Tacuabé, ne voulant pas se baisser, saisir à terre entre le gros orteil et les autres doigts du pied une petite pierre qu'il porta à sa main pour la lancer. On remarque aussi que leur gros orteil est très-écarté, et que les muscles du bord interne du pied ont acquis un grand développement, à cause de l'usage qu'ils en font pour se tenir à cheval. (L'on verra plus loin comment ils se servent de leurs étriers.)

Généralement très-robustes, bien qu'excessivement paresseux, les Charruas sont d'une agilité extraordinaire. Dès l'enfance ils pratiquent la gymnastique et la nécessité les rend habiles à dompter les chevaux sauvages. Pour la chasse comme dans toutes les occasions possibles, et surtout pour la guerre, ils en font un usage continuel, de telle sorte qu'ils passent à cheval la plus grande partie de leur existence. Liant ainsi toutes leurs destinées à ce puissant auxiliaire, la vie du cheval et celle de l'homme ne font qu'une, comme s'ils eussent voulu réaliser la faible du Centaure.

Leurs habitations sont faites selon les localités, soit avec de grands roseaux ou des branches d'arbres. Près des rivières ils se servent de trois ou quatre grandes cannes dont ils enfoncent en terre la plus grosse extrémité, en les faisant converger, et par l'autre ils les attachent. Quelquefois au lieu d'avoir une forme conique, leur cabane est carrée, ses parois sont formés par des joncs tressés, ou le plus souvent par des peaux qui en forment aussi la toiture. Dans ces huttes on trouve parfois douze individus des deux sexes et de tout âge. L'enfant, qui ne connaît ordinairement que sa mère, s'en sépare aussitôt qu'il peut seul pourvoir à ses besoins.

La puberté s'annonce ordinairement chez les filles vers leur dixième année; alors pour insignes de leur nubilité, on leur pratique un tatouage qui consiste en trois lignes coloriées de bleu, qui sont parallèles et verticalement amenées de la racine des cheveux au bout du nez. Les femmes ont généralement de grosses mamelles et sont affectées d'obésité dans un âge peu avancé. Libres dans leurs choix, il leur est facultatif de changer d'époux quand cela leur plaît, toutefois elles observent de n'en avoir qu'un pendant la durée de leur union; mais elles peuvent quitter un homme vieux pour un plus jeune. C'est ce qui est arrivé à l'un de ceux-ci (le cacique Péru). Tacuabé, le moins âgé, est devenu le possesseur de Michaëla qui était l'épouse du cacique.

---

(1) On entend par *opposition* du pouce, l'action de le porter en dedans vers le petit doigt, de les faire se toucher par leur extrémité, et d'en faire autant avec les autres. C'est une des propriétés qui rend la main de l'homme si supérieure à celle des singes.

C'est à tort, il me semble, qu'on a avancé que *l'adultère* n'est pas réprimé chez les Charruas ; car bien qu'ils n'y attachent pas les sens moral que nous lui accordons, extrêmement vindicatifs, ils s'offensent de cet acte ou seulement des intentions de le commettre, et frappent de leur couteau l'homme qui a excité leur jalousie.

Les unions conjugales sont précoces et se contractent sans autre formalité que le consentement des époux ; cependant l'initiative n'appartient pas aux femmes. Lorsqu'elles deviennent mères, et tant que leur état ne les empêche pas de se livrer à leurs habitudes, comme de porter un fardeau, etc., les hommes n'ont pas d'égards pour elles. J'ai vu Michaëla, durant sa grossesse, chaque jour fendre le bois et préparer le feu pour le repas, pendant que les hommes étaient couchés ou assis à la manière orientale, et ne faisaient que fumer, ou chiquer du tabac ; lorsque le moment d'accoucher approche elles font elles-mêmes quelques petits préparatifs et au moment des douleurs elles sont assistées par leur mari dans ce pénible travail ; immédiatement après l'accouchement, elles se lèvent, et vont à la rivière la plus proche se baigner ainsi que leur enfant. J'entrerai dans plus de détails à ce sujet en parlant spécialement de Michaëla.

Lorsque les femmes Charruas perdent un enfant ou une personne qu'elles affectionnaient beaucoup, elles sont dans l'usage de se pratiquer elles-mêmes, en signe de deuil, l'amputation d'une phalange de la main, et de se faire à la peau des bras de petites incisions dont le nombre s'accroît à chaque souvenir. Ces incisions sont disposées régulièrement de manière à former des rangs dont les lignes sont parallèles, et constituent une sorte de tatouage que la *vanité* commande souvent plus encore que le *deuil ;* car les femmes des Charruas ont aussi leur genre de coquetterie. On en a vu qui s'étaient tellement mutilées, qu'il ne leur restait que deux ou trois doigts à chaque main, encore étaient-ils incomplets. Les hommes ne se pratiquent pas ces sortes d'ablations, mais il y en a dont le corps est couvert de ces petites cicatrices, qui n'étaient devenues pour eux qu'un simple ornement.

Ils sont si peu accessibles à la douleur physique et font si peu de cas de la vie, qu'ils n'ont aucun scrupule de l'arracher à leurs ennemis, en leur faisant subir les tortures les plus atroces. Lorsque les femmes n'ont pu prendre une part active au combat, en raison des soins qu'elles ont dû prendre de leurs enfans ou de leurs bestiaux, elles semblent s'en dédommager sur les prisonniers qu'on leur amène, en se montrant aussi sanguinaires que les hommes et en raffinant leurs cruautés. S'il arrive à l'un d'eux d'être vaincu, c'est froidement et sans se plaindre qu'il voit préparer son supplice ; regardant tout avec mépris, rien ne peut abaisser sa fierté ni lui faire demander grâce ; quelles que soient les souffrances qu'il endure (car c'est un honneur qu'on lui fait de ne pas le tuer d'un seul coup), c'est toujours sans avoir proféré le moindre cri qu'il expire sous la main de son bourreau.

Bien que l'on ait avancé que les Charruas n'ont pas de lois, ni de coutumes obligatoires, ni de récompenses, ni de châtimens, cependant ils reconnaissent un chef suprême, ou cacique, qui ne doit ordinairement son titre qu'à sa bravoure. Seul arbitre des différends de ses sujets, sur lesquels il exerce le droit de vie et de mort, son pouvoir est absolu. Pendant la paix il est sans aucune suite, et se distingue à peine par ses insignes de ses concitoyens. Le seul grade qu'ils observent après le cacique est celui des chefs de guerre, sorte de capitaines dont les fonctions cessent avec les hostilités. Ces deux faits et toutes les conséquences qui en découlent, prouvent, sans qu'il soit nécessaire d'énumérer toutes les coutumes de ce peuple, que s'il n'a pas une loi écrite, comme en ont les nations civilisées, cependant il s'est imposé des coutumes obligatoires, et sait récompenser la valeur.

Devient-il nécessaire de repousser des ennemis ou d'entreprendre une expédition ? à la voix de son chef, toute la tribu se rassemble et le suit à la guerre ; des émissaires sont envoyés même à de très-grandes distances pour convoquer les tribus alliées. Les lieux de ralliement sont indiqués, et la rapidité des communications est presque incroyable : en moins de trois jours, on en a vu parcourir un espace de plus de cent lieues, à travers les forêts et malgré des obstacles de tous genres. Tous les soirs les chefs de famille se réunissent en cercle pour nommer ceux qui doivent passer la nuit en sentinelle. Ils ont tant de ruse et de prévoyance, qu'en temps de guerre ils ne manquent jamais d'observer cette précaution. Comme les Arabes, ils font la guerre d'embuscades : leur armée se compose d'un corps de cavalerie, qu'ils partagent en plusieurs détachemens, ayant chacun un chef à sa tête. Quand ils sont forcés de livrer le combat en rase campagne, ils s'élancent en masse, avec une inexprimable intrépidité, sur le feu le plus formidable, et souvent ils ont culbuté d'épais bataillons de troupes réglées et bien disciplinées.

On se fera une idée de leur ardeur guerrière par ce qu'en disent le chevalier d'Azara et père Dobrizhofer dans leur *Histoire du Paraguay.*

« Quand on pense que les Charruas ont fait répandre aux » Espagnols plus de sang que les armées des Incas et de » Montézuma, on croirait que ces sauvages forment une » nation très-nombreuse. Eh bien ! que l'on sache que ceux » qui font une si cruelle guerre ne sont pas quatre cents » combattans ! On a envoyé contre eux plusieurs milliers » de vétérans, on leur a porté des coups terribles ; mais » enfin ils subsistent, et nous ont tué beaucoup de monde. »

Dans la dernière guerre que les Buénos-Ayriens eurent à soutenir contre les Brésiliens, en 1828, ce ne fut pas un spectacle peu curieux pour l'armée orientale (dit M. Curel, pag. 11 de sa Notice sur les quatre Charruas) « de voir » le cacique Péru, chargeant à la tête de sa horde de sau- » vages, nus et montés à poil, n'ayant pour toutes armes » que leurs terribles lances, mettre en déroute les bataillons » brésiliens, à moitié vaincus d'avance par la terreur que » leur inspiraient ces formidables adversaires. »

Ils sont tellement habitués à se battre à cheval, que quand ils viennent à perdre leur monture, ils sont complètement incapables d'aucune action et perdent à l'instant toute énergie. Il en est de même dans toute autre circonstance qu'à la guerre : il semble que toute leur activité dépend de celle de ce puissant auxiliaire.

En voyant un Charrua poursuivre ou arrêter dans sa course un taureau sauvage, on ne pourrait presque pas dire com-

ment il se tient sur son coursier, tant est simple la composition de son harnais : la bride et le mors ne font qu'un ; ils consistent en une longue courroie de cuir, terminée à l'une de ses extrémités par un anneau, dans lequel on engage l'autre bout pour former une sorte de nœud coulant ; l'anse qui en résulte est engagée dans la bouche du cheval et placée derrière ses crochets ; l'anneau qui sert de coulant est au-dessous du menton, et ne peut s'en écarter sans qu'on défasse un nœud fixe.

Une large bande de cuir, terminée par des lanières à une de ses extrémités et par des boutonnières à l'autre, sert de sangle ; chaque lanière étant engagée dans la boutonnière correspondante, après avoir serré suffisamment, est arrêtée par un nœud ; après la sangle sont attachées les courroies des étriers. Ceux-ci diffèrent singulièrement des nôtres, ils sont formés par une petite lame de bois flexible, ployée de manière à former un triangle équilatéral de deux pouces de côté et à laisser un espace vide, afin d'y placer le gros orteil seulement pour monter à cheval. Aussitôt qu'ils l'ont enjambé, ils saisissent la courroie de l'étrier entre le gros orteil et les autres doigts, qu'ils ferment, et, ainsi cramponnés, il est presque impossible de les démonter. Pour se diriger, c'est avec la main qu'ils frappent une petite tape sur le col ou près des oreilles du cheval, et pour le lancer, il leur suffit de lui presser un peu les flancs. Ces animaux, originaires de l'Andalousie, ont conservé tous les caractères physiques et les allures de leur race ; et, bien que leur pied ne soit pas chargé par un fer, cependant le même cheval peut, en moins de vingt-quatre heures, parcourir un espace de soixante lieues toujours au galop et sans manger. Quand la route est longue, le Charrua se pourvoit de quelques tranches de viande et de son quillapi. Dès que sa provision est épuisée, il *lace* le premier bœuf sauvage qu'il rencontre, l'abat, le tue, prend par-ci par-là les morceaux qui lui conviennent, et abandonne le reste aux animaux de proie. Lacer un bœuf, le bouler et le tuer, c'est une affaire de quelques instans : dès qu'il est abattu, un lac est passé autour de ses cornes et sert à lui fixer la tête après les pieds ; en deux coups, les deux tendons d'Achille sont coupés ; leur section produit un bruit semblable à un coup de fouet ; les pieds obéissant à leurs fléchisseurs, qui n'ont plus d'antagonistes, se portent en avant, et l'animal se trouve ainsi acculé. Immédiatement après, l'homme lui bondit sur le dos, comme le ferait un singe, coupe le ligament cervical, et ainsi maître de l'animal, il le saigne à la gorge et le dépouille vivant.

Bien que les armes à feu soient connues des Charruas, cependant ils en font peu de cas, à cause de l'entretien qu'elles exigent et de la poudre qu'elles nécessitent. Ils se servent plus volontiers du sabre ; mais leurs armes de prédilection sont *le couteau*, *la lance*, *les flèches*, *les boules* et *le lazo*. Ces deux dernières étant peu connues en Europe, j'en dirai seulement quelques mots.

Les boules sont trois pierres rondes, dont une est d'un moindre volume que les autres qui ont celui d'une orange ; elles sont recouvertes chacune d'une enveloppe de cuir, et cousues très-solidement après une tresse de cuir longue de quatre pieds pour les grosses, et de trois seulement pour la petite. Ces trois tresses sont fortement réunies par leur autre extrémité, où elles sont nouées et cousues. Pour s'en servir, ils tiennent la plus petite boule dans une main et impriment aux autres un mouvement de rotation horizontalement au-dessus de leur tête ; après qu'elles ont acquis une assez grande force d'impulsion, ils les lâchent, et elles vont, en tournoyant comme un boulet ramé ou enchaîné, s'entortiller après les jambes de celui qu'ils poursuivent. Renversé et garroté, un homme ou un animal leur est ainsi livré sans défense. Ils sont tellement exercés au maniement de cette arme et tellement adroits, qu'à une distance de trente ou quarante pieds ils sont sûrs d'atteindre les jambes d'un cheval ou seulement le cavalier qui le monte. Ils se servent de plus petites pour la chasse des autruches et d'autres oiseaux qui ne sont pas plus gros qu'une perdrix.

Le lacet (ou lazo) est une tresse en cuir grosse comme un doigt et longue de vingt à trente pieds. L'une de ses extrémités est terminée par un anneau de fer, dans lequel l'autre est engagée, pour en faire une sorte de nœud coulant ; le tout est roulé en grands cercles de trois à quatre pieds et attachés ensemble par deux petites lanières. Pour s'en servir, le Charrua tient l'extrémité pourvue des petites lanières dans la main gauche ; de la droite il fait tourner au-dessus de sa tête les cercles, comme il fait avec les boules, et après un nombre suffisant de tours, il les lâche. Une des difficultés de l'emploi de cet instrument consiste à ce que le nœud coulant du dernier cercle se maintienne ouvert, pendant que les autres se déroulent en franchissant l'espace ; il suffit pour cela d'imprimer le mouvement de rotation en sens inverse de la direction suivie pour enrouler le lazo. Lorsqu'il atteint son but, il tombe sur la proie comme un épervier ou comme le filet du même nom. Si le sauvage chasse à la course, ce qui a lieu presque toujours et à cheval, à l'instant où le lazo tombe, il se retourne brusquement en revenant sur ses pas ; alors le nœud coulant se serre, et l'animal ou l'homme sont entraînés par cette terrible longe avec toute la force et la vitesse du galop (1).

Le costume des Charruas est très-simple ; la plupart sont complétement nus, même les femmes, pendant l'été ; quelquefois seulement ils se couvrent les parties génitales avec

---

(1) C'est avec cette arme redoutable, en usage ainsi que les boules dans toutes les provinces civilisées de la Plata, que, dans la dernière guerre, lorsque Monte-Vidéo était occupé par les Brésiliens, plusieurs de leurs soldats qui étaient en faction pendant la nuit sur les terrasses des maisons isolées, en furent arrachés et amenés morts par les Gauchos dans le camp des assiégés. C'est presque de la même manière, que le général Lepaz, commandant de l'armée unitaire qui se trouvait à vingt-deux lieues environ de Cordova, fut *boulé* par un Gauchos (et non par un Charruas, comme le dit M. Virey) en allant reconnaître un détachement que commandait le colonel Beinafé. Cet événement décida le sort du parti unitaire : l'armée ayant perdu son chef, les ambitieux se disputèrent le commandement ; la démoralisation se répandit parmi les soldats, et la plupart désertèrent. Le reste du parti des libéraux unitaires, ayant mis à sa tête le général Lamadrid, se retira à Tucuman ; mais il fut bientôt mis en déroute par Quiroga, et forcé de se retirer à Bolivia.

des peaux du *couïa* cousues ensemble, dont ils se servent toujours aussi pour faire le *quillapi*, sorte de manteau carré de quatre ou cinq pieds, qu'ils ne portent qu'en hiver; ils sont dans l'usage d'en appliquer contre eux le poil, et de faire de l'autre côté de ces peaux une quantité de dessins plus ou moins bizarres, mais toujours symétriques et réguliers. Le pelage de cette espèce de grand rat leur fournit une fourrure très-douce et très-jolie, et leur sert aussi de tapis pour se reposer à terre, et pour se garantir des insectes pendant le sommeil.

Leur *ceinture* est ordinairement faite avec une bande de cuir large de trois ou quatre travers de doigts, et s'attache par une boucle. Celles des chefs de guerre et du cacique sont garnies de petites plaques de cuivre et de deux bandes de drap rouge ou de tout autre objet pouvant servir d'insignes de leur grade; elles leur servent aussi à porter les petites boules ainsi que le *couteau* et sa gaîne. Les hommes et les femmes en sont habituellement pourvus : il est pour eux un ustensile et une arme; sa forme est celle de nos grands couteaux de cuisine. Lorsqu'un Charrua se met en route, comme un soldat il porte tout son équipement. Le *lazo* roulé est passé en baudouillière et croisé par les grandes boules, qui sont aussi roulées. Il en est de même de l'arc et du carquois, qu'ils portent aussi sur l'épaule. Le *quillapi* roulé, ainsi que la provision de viande, sont attachés sur la croupe du cheval. Pendant le mauvais temps, ou quand il fait froid, ils portent le *quillapi* sur l'épaule, à-peu-près comme la toge romaine.

A leur grande énergie pour la chasse, la guerre ou le pillage, succède bien souvent une sorte d'apathie ou d'insouciance; il semble qu'ils sont insensibles à tout ce qui les environne : on en a vu assis sur une pointe de rocher, la tête appuyée sur leurs poings, rester complétement immobiles et dans la même attitude pendant quatre jours sans boire ni manger; bien qu'ils fussent exposés à l'ardeur du soleil comme à la fraîcheur des nuits, ils paraissaient plongés dans une sorte d'extase méditative.

Très-industrieux quand la nécessité les domine, les Charruas font eux-mêmes la plupart des objets qui leur sont nécessaires, et utilisent à beaucoup d'objets le petit nombre de matériaux qu'ils ont l'habitude d'employer. Avec les peaux desséchées des bœufs ou des vaches, ils couvrent leurs *toldos* (tentes); ils en font des gaînes, des carquois; des courroies, des nattes, des tresses, qui leur tiennent lieu de cordes. Les tendons de ces animaux sont aussi des liens très-résistans avec lesquels ils fixent très-solidement les fers de leurs lances, de leurs flèches. A défaut de fers, ils se servent de dents de poissons, d'os rendus pointus. Le *nandus* (espèce d'autruche) leur fournit, par ses intestins, des fils très-durables, qu'ils préparent comme nos cordes de boyaux. Les peaux du *couïa* (mus coïpus), dont la fourrure est chaude et abondante, leur servent de vêtemens, de tapis, de coussins, etc. Veulent-ils en couvrir de peintures l'extérieur? avec quelques poils attachés à un petit bâton, ils ont un pinceau; et prenant les terres colorées de diverses contrées de leur voisinage, telles que des ocres rouges et jaunes, ainsi que d'autres, ils les détrempent avec du sang ou avec du fiel pour les fixer.

Qui leur apprit, avant l'arrivée des Européens, à préparer la *chicha* en faisant macérer jusqu'à la fermentation des cannes à sucre ou du miel sauvage, dont ils obtenaient une liqueur enivrante, et à se servir par infusion du gongonha (*Ilex Paraguayensis*) ou *maté*, dont ils font une boisson désaltérante ou qu'ils prennent comme un passe-temps?

Bien qu'ils ne fassent que les objets qui sont pour eux de première nécessité, cependant on leur en trouve aussi quelques-uns de pur agrément : telle est l'espèce de violon monocorde dont je les ai vus tirer des sons très-doux et assez harmonieux.

Une petite branche d'arbre ayant assez de raideur, est celle qu'ils préfèrent : après en avoir enlevé l'écorce, ils font près d'une de ses extrémités une petite entaille circulaire, à dix pouces ou un pied de distance ils en font une autre semblable, et coupent la baguette à cinq pouces environ au-dessous de la seconde entaille : cette partie est le manche de l'instrument. Quinze à vingt crins de queue de cheval sont fortement attachés de manière à former une boucle, qui est traversée par le bâton, et que l'on fait monter jusqu'à deux pouces environ de l'entaille inférieure; l'autre extrémité des crins est fixée après l'entaille supérieure, d'où elle ne doit pas pouvoir se séparer.

Pour jouer de cette espèce de violon, ils font ployer le bâton pour que l'anse de crins descende dans l'entaille inférieure et qu'ils y demeurent tendus comme la corde d'un arc; ils prennent le manche de la main gauche, de manière à ce que trois de leurs doigts puissent servir de touches pour varier les sons, et fixent entre les dents l'autre extrémité du violon; une petite baguette droite et lisse qu'ils mouillent de salive est l'archet qui fait vibrer les crins; et l'ouverture des lèvres, qu'ils agrandissent ou resserrent, comme pour jouer de la guimbarde, leur sert à moduler et varier le ton.

Sur un tel instrument, on peut bien penser que le nombre de notes que l'on peut obtenir est assez limité; cependant il donne presqu'un octave, et les airs qu'il permet de jouer sont monotones et peu variés; leur mesure est ordinairement en trois temps.

Il est très-présumable qu'ils ont quelques chants, mais je n'en ai pas entendu. L'un des quatre qui sont à Paris, siffle assez juste, lorsque la fantaisie lui en prend.

Il résulte de ces faits que l'assertion d'Azara, reproduite par M. Virey, relativement à leur musique ou à leurs amusemens, n'est pas exacte : il y est dit : « Ils n'ont ni chan- » sons, ni danse, ni musique, ni société; toujours graves et » taciturnes, etc. » C'est précisément le contraire; on a été induit en erreur par leur excessive réserve, tant ils mettent de soin à se cacher et à dissimuler devant les étrangers toutes leurs sensations. Pour moi, je les ai vus et entendus rire aux éclats, rarement, il est vrai, mais néanmoins cette manifestation a lieu chez eux comme chez nous. Ils ont même quelques jeux d'adresse, tels que celui du couteau et des osselets : ils jouent au couteau à-peu-près comme nous jouons au bouchon, et en place d'osselets, ils se servent de petites pierres.

Relativement à l'intelligence de ces sauvages, que l'on a ravalée, je ne pense pas non plus, avec M. Virey, qu'il y ait chez eux *défaut d'exercice de la pensée, et que l'absence de toute instruction laisse moins d'extension à leur organe cérébral.* Il me semble que tous les

faits qu'il cite sur les coutumes de ce peuple, réfutent complétement la première partie de sa proposition qui serait tout au plus applicable aux idiots de la Nouvelle-Hollande; et que la seconde partie est en opposition avec les faits; car le cerveau d'un Charrua n'est pas moins volumineux ni moins pesant que celui d'un Européen. Il ne faut qu'étudier et analyser toutes leurs manifestations, pour reconnaitre les nombreuses preuves d'une assez grande sagacité. Si l'on attend pour s'éclairer qu'ils répondent aux questions qu'on leur adresse, maints motifs les retiennent; ils se taisent, prendra-t-on leur silence pour de l'idiotisme? ce serait une erreur que leurs actions démontrent. Leur orgueil est offensé de savoir qu'on les montre comme des animaux de ménagerie. Le sentiment tout humain, que nous manifesterions nous-mêmes, si prisonniers de guerre, comme eux, on mettait l'un de nous en spectacle, n'est-il pas une preuve qu'ils ont plus de noblesse de caractère qu'on ne croit ordinairement.

On sait que ces sauvages connaissent par les races quel est l'animal de leur forêt qui a passé dans un lieu, et s'il y a séjourné ou non. S'ils reconnaissent, par exemple, que c'est un cheval, ils savent s'il a passé au trot ou au galop, s'il était fatigué on non, etc. Interrogés sur ces détails, c'est avec la plus grande peine que j'ai pu savoir que quand ils voient la terre rejetée au loin derrière l'empreinte, c'est que le cheval était au galop; lorsque l'empreinte est profondément marquée, c'est qu'il est fatigué ou qu'il porte un cavalier, etc.

Qui ne reconnaîtrait dans ces observations comme dans un nombre immense d'autres, que les bornes de cette notice ne me permettent pas de développer, que ces hommes, qui ne sortent de leurs forêts que pour faire la guerre à ceux qui sont civilisés, savent et peuvent diriger leur attention comme eux; que souvent même ils savent mieux épier, car leur vigilance est continuelle; et qu'ils font les mêmes raisonnemens et les mêmes inductions que la plupart des habitans de nos campagnes.

Contens de peu, satisfaits du présent, les Charruas ne portent pas loin leur vue dans l'avenir; il m'a paru qu'ils ont quelques idées d'un être immatériel analogue à l'ame, sur lequel ils n'ont pu me donner d'explications. Cependant, lorsque l'un d'eux fut mort (Sénaqué), je demandai à Péru ce qu'il pensait de la mort de son compagnon: « Ah! il est retourné dans le pays, me dit-il, il reviendra encore; » et je ne pus en obtenir d'autres réflexions. Je ne doute pas, à en juger par leur organisation cérébrale, qu'ils manifestent la vénération ou la superstition de quelque manière, et qu'ils observent entre eux quelques cérémonies pieuses; mais je ne les ai pas vus faire la moindre démonstration, pendant que j'étais auprès d'eux, qui pût justifier ces suppositions. Il est vrai que je ne les ai observés que pendant le jour, et non pas aussi souvent que je l'eusse désiré, si mes autres occupations me l'eussent permis.

Depuis que les Européens sont venus s'établir dans ces parages, les Charruas ayant eu de fréquentes occasions d'entrer en relation avec eux, il en est résulté quelques croisemens de races, qui ont été l'origine d'un nouveau peuple, demi-sauvage et demi-civilisé; qui habite aux environs des villes et que l'on nomme *Gaouchos*. Plusieurs de ces métis entendent le langage de Charruas, soit que, pendant leur enfance, ils aient été forcés de vivre parmi eux, ou que, nés Charruas eux-mêmes, ils aient été faits prisonniers dans leur bas-âge; néanmoins, ce sont eux qui servent d'interprètes pour tout ce que l'on peut avoir affaire avec les sauvages. A certaines époques de l'année, ils apportent dans un même endroit les objets dont ils n'ont pas besoin, tels que des cuirs de bœuf et autres, des peaux, des plumes, des tresses, des lazo, des boules, etc., etc., qu'ils échangent contre du tabac, de l'eau-de-vie, des harnais, des fers de flèche et de lance, des couteaux, des boucles, des anneaux, ou tous autres objets à leur convenance.

Bien que le plus souvent ils ne sachent et ne veuillent pas se servir de choses dont les hommes civilisés font usage, ils tiennent à se les procurer, soit par voie de trafic ou par le vol; mais dès qu'ils en sont possesseurs, étant peu soigneux, ils ne tardent pas à les perdre.

L'astuce, le vol et le meurtre, sont tellement dominans chez eux, qu'ils ne peuvent s'empêcher de les manifester les uns envers les autres. Ainsi, par exemple, lorsque plusieurs Charruas se réunissent pour passer en compagnie quelques instans, selon leur usage le plus habituel, ils s'asseient à terre, croisent les jambes à la manière orientale ou comme nos tailleurs, et forment un cercle. Celui qui, dans le nombre, a pu se procurer de l'eau-de-vie ou autre liqueur forte, se gardent bien d'en donner à ses voisins, boit avec la plus grande gloutonnerie et ne tarde pas à s'enivrer: alors cédant à toutes ses impulsions, la réunion ne se termine presque jamais sans quelques coups de couteau; ou bien, sans cette cause, le même résultat arrive aussi fréquemment. S'ils sont en train de jouer aux osselets ou au couteau, ils ne peuvent s'empêcher de tricher; d'abord ces petites tromperies provoquent l'hilarité, et bientôt après occasionnent les rixes les plus dégoûtantes; leur perfidie s'exerce de la manière la la plus noire, le sang coule, et presque toujours il y en a quelqu'un de tué.

C'est ordinairement aussi dans ces sortes de réunion qu'ils nourrissent de génération en génération la haine et l'envie: ils se racontent toujours les persécutions des *Castillans* (ils désignent de ce nom tout étranger, de quelque pays qu'il soit); ils se disent toutes les cruautés et les représailles dont ils ont usé envers eux, et ne manquent jamais de grossir leur récit de la plus vaniteuse forfanterie. J'eus occasion d'en juger moi-même par les conversations qui ont eu lieu de temps en temps avec les Charruas qui sont ici, et dans lesquelles chacun d'eux se vantait d'avoir donné la mort à plusieurs centaines des créoles, soit dans des combats, soit dans leurs incursions sur des habitations isolées. L'un deux, Péru, répète souvent qu'il ne sera content que lorsqu'il aura fait payer au président Ribéra, par sa vie, le sang de tous ses compatriotes.

Naturellement peu consciencieux, n'observant entre eux ni foi ni clémence, ils ne pouvaient en agir autrement avec des étrangers, d'autant plus qu'ils n'en ont jamais éprouvé que des persécutions; aussi fut-il impossible de contracter avec eux aucun traité durable. Perfides et vindicatifs héritiers de la haine de leurs ancêtres, les Charruas s'opposaient opiniâtrement à l'envahissement de leur territoire, qu'ils défendaient pied à pied. Pendant les nuits éclairées par la lune,

ils fondaient à l'improviste sur les habitations isolées, ils y semaient la dévastation et la mort. Quel que fût leur âge, tous les hommes étaient impitoyablement massacrés, et après avoir incendié tout ce qu'ils ne pouvaient emporter, ils entraînaient dans leurs retraites les femmes, les enfans et les bestiaux.

C'est ainsi qu'ils trouvaient, depuis l'installation des Européens, les moyens de satisfaire à tous leurs appétits. Bien que l'appât d'un riche butin les eût attirés vers la civilisation, cependant, comme il leur fournissait continuellement l'occasion de développer les penchans de *la haine*, de *la ruse*, de *la propriété*, du *courage*, de *la destruction*, etc., sans éveiller l'action d'aucun de leurs sentimens, il en résultait que toute leur intelligence assistait leurs facultés dominantes, et les rendait plus redoutables que les animaux de leurs forêts. C'est ainsi qu'une sorte de nécessité, contraire à leur progression vers la vie pastorale, qui les eût conduits à la civilisation, en fit un peuple de vagabonds et de pillards intraitables, de l'amélioration duquel on crut devoir désespérer.

Vers la fin du dernier siècle, cette tribu avait été considérablement affaiblie par les excursions continuelles des Espagnols qui les traquaient comme des bêtes fauves et les repoussaient dans l'intérieur; de telle sorte que ces sauvages habitaient, il y a deux ans, dans les riches vallées qu'arrosent l'Arcrugua, le Mataoco, l'*Arapéi* et l'ibicui. Enfin, en 1830, le général Ribéra, président de la république de l'Uraguay, résolut de leur faire une guerre d'extermination pour assurer à son pays un repos durable dont il n'avait pu jouir jusqu'alors, et qu'il désespérait d'obtenir de toute autre manière; d'autant plus que c'était la dernière tribu sauvage existant dans ces contrées. Après quelques mois de petits combats isolés qui n'avaient rien produit de décisif, le général Ribéra, sous le prétexte de leur proposer un traité de paix, les attira dans le Queguay, endroit où il avait fait cacher mille à douze cents hommes de troupes réglées; là, sous la conduite de leurs caciques, les Charruas, pour la plupart sans armes, étaient venus avec leurs femmes et leurs enfans. En quelques instans, ayant été cernés, on dirigea sur ces malheureux, et presque à bout portant des feux croisés de mousqueterie et d'artillerie. Ceux d'entre eux qui étaient armés, quoique en petit nombre, causèrent de grands ravages dans les rangs de leurs assassins, sur lesquels ils se précipitèrent avec une rare intrépidité; mais bientôt accablés par le plomb et la mitraille, presque tout ce qui restait de ces habitans primitifs fut impitoyablement massacré. La plupart préférant la mort à la fuite, se ruaient sur la foudre qui les écrasait; tandis que d'autres, qui s'efforçaient de regagner les déserts, n'attendaient leur salut que de leur adresse et de la rapidité de leur course. Les plus agiles échappèrent; mais douze ou quinze ayant été atteints par la cavalerie, qui les harcelait, furent ramenés prisonniers, et allaient être fusillés, lorsque quelques personnes s'intéressèrent à eux auprès du colonel Ribéra, frère du président. Celui-ci ayant reconnu le cacique Péru, déjà blessé d'un énorme coup de sabre, lui sauva la vie par égard pour des services militaires qu'il avait précédemment rendus à la république dans la guerre contre les Brésiliens; il le prit sous sa protection ainsi que sa famille et ses compagnons d'infortune, et les fit tous conduire au fort de Monte-Video.

C'est à cette circonstance inattendue qu'ils durent la conservation de leur existence, qu'ils eussent préféré, perdre, sans doute, plutôt que de traîner une vie malheureuse dans une continuelle captivité. Dans cette triste situation, l'espoir d'un meilleur sort soutient leur courage héroïque. Bien qu'ils paraissent complétement insoucians et résignés, cependant ils rêvent sans cesse à leur patrie; ce n'est qu'avec mépris et par des expressions injurieuses qu'ils parlent de la France ou de tout autre pays. Leur soleil, leurs forêts, leurs *toldos*, sont pour eux préférables à nos brillantes cités; tous leurs vœux sont d'y être reconduits, et cédant parfois aux inspirations de leur organisation sanguinaire, ils se repaissent des idées de recouvrer leur liberté première, et d'assouvir, par les cruautés les plus atroces, leur insatiable vengeance.

S'il est vrai de dire que pendant plus de deux siècles les Charruas n'ont cessé de se montrer indomptables et cruels, il est juste de convenir qu'ils ont défendu leurs droits avec le courage du désespoir; et que s'ils ont été vaincus par la discipline et par le nombre, ils ont su, comme les peuples civilisés, mourir en héros. Dignes d'une plus haute considération que celle qui leur est généralement accordée, c'est au phrénologiste qu'il appartient plus qu'à tout autre peut-être, de les justifier, et de prouver combien l'organisation cérébrale de ces hommes est supérieure à celle des brutes, au rang desquelles on n'a cessé de les ravaler.

Depuis que cette Notice a été lue à la séance annuelle, le cacique Péru étant mort, et Michaëla étant accouchée d'une petite fille, j'ai cru qu'il serait intéressant de joindre aux renseignemens que nous possédons sur leurs contumes celles relatives à l'accouchement qui eut lieu presque sous nos yeux, et de relater aussi ce que j'ai pu apprendre sur l'autopsie de Sénaqué et de Péru.

Ces détails ayant un peu augmenté les limites de ce Mémoire, et les bornes de notre Journal ne permettant pas de l'insérer entièrement, la suite paraîtra dans un prochain numéro.

JOURNAL
UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE
DE
MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PRATIQUES
ET DES
INSTITUTIONS MÉDICALES;

PAR MM. BÉGIN, BOISSEAU, BOUILLAUD, A. DEVERGIE, HERVEZ DE CHÉGOIN, JOLLY, MÉLIER, REGNAULT, ROCHE, SANSON.

FÉVRIER 1834.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

—

Recherches sur les vices de conformation de l'urèthre pour servir à l'histoire des malades de l'appareil urinaire;

Par A. VIDAL (de Cassis).

Les anomalies de l'urèthre ne sont pas seulement utiles à connaître pour éclairer l'histoire des maladies de ce canal, mais encore pour bien juger celles de la vessie et de l'appareil reproducteur. Chopart, qui a traité d'une manière à peu près complète des vices de conformation de la vessie, des reins et de ses annexes, n'a presque rien fait pour les anomalies de l'urètre. Cette source précieuse ayant manquée, tous les livres imprimés après celui de Chopart présentent la même lacune. Je ne prétends pas la combler; mais voici quelques matériaux qui pourront être utiles à ceux qui entreprendront cette tâche. J'aurais pu donner beaucoup plus d'étendue à ce travail, car mes recherches sont nombreuses; j'ai préféré me résumer, peut-être l'aurai-je fait suffisamment pour mériter d'être lu jusqu'à la fin.

J'examinerai d'abord s'il y a des urètres doubles; je traiterai ensuite de l'absence de l'urèrte, soit partielle, soit totale; viendront après les oblitérations plus ou moins complètes de ce canal, et je terminerai par les déviations dans ses rapports. On voit déjà combien ce sujet est important à connaître. En effet, une seule de ces anomalies peut donner lieu à de grandes méprises, à plus forte raison, quand elles se combinent, et qu'il s'y joint une maladie acquise. Que de vices de conformation du bulbe de l'urètre, de la portion prostatique; du commencement de la membraneuse, sont pris pour des rétrécissemens, et combien ceux-ci sont difficiles à reconnaître et à guérir, quand ils se compliquent d'une déviation du canal! Combien d'erreurs et de difficultés dans le cathétérisme éviterait-on, si on connaissait parfaitement l'état normal et anormal du conduit que l'instrument doit parcourir.

§ Ier. Y a-t-il des urètres doubles?

Fabrice de Hilden intitule ainsi une de ses observations: *De duplici ductu urinario* (1). En analysant ce fait avec soin, il reste démontré que le sujet avait deux ouvertures au gland; mais rien ne prouve l'existence des deux urèthres. C'est donc une simple assertion de Fabrice qui a été prise pour réalité par beaucoup d'auteurs, entr'autres par

(1) Observat. chirurg., Cent. I.

MM. Belmas (1), Lisfranc (2), et même par M. Velpeau (3). Remarquez bien que l'existence de deux ouvertures au gland suppose une perversion moins considérable des lois de formation que le fait des deux urèthres. Quant à une petite distance du méat naturel, le canal ne se consolide point, il se crée là une seconde ouverture, et l'urine versée dans la fosse naviculaire s'échappe par une double issue. Haller parle même de trois ouvertures : *Tria ostia in unâ glande* (4). Il s'est présenté à ma consultation de l'hôpital du Midi un fait analogue. Il y avait encore ici trois ouvertures : deux perçaient le gland, et la troisième était à la partie la plus inférieure de la fosse naviculaire, à la base même du frein. Celle-ci était la plus large; les deux du gland extrêmement étroites ne laissaient passer l'urine que quand l'urine était fortement projetée; le sperme ne pouvait les traverser. MM. Pillore, Corbon et Tavernier, élèves de mon service, ont vu ce sujet; je voulais l'admettre dans mes salles, il s'y est refusé dans la crainte de subir une opération. Vésale parle d'un fait bien plus extraordinaire : ici le gland était doublement percé; mais de deux ouvertures, l'une servait à l'émission des urines seulement, tandis que l'autre était destinée à la sortie du sperme. On pourrait se permettre des doutes sur l'authenticité de ce fait; car Vésale dit bien : *Mihi familiaris est* (il s'agit d'un jeune homme de haute naissance) *qui in glandis aspice duos obtinet meatus, unum semine, alternum urinæ paratum;* mais cet anatomiste a-t-il été témoin de ce phénomène; ou est-ce sur la foi de son jeune homme qu'il rapporte le fait? Voilà ce qui n'est pas écrit dans l'observation. Cependant je dois faire remarquer ici que Vésale savait se prémunir contre le merveilleux, et qu'il rapporte cette observation après avoir justement critiqué les Arabes sur leur ignorance en anatomie. Ceux-ci considéraient la verge comme formée de trois canaux excréteurs : un pour l'urine, le second pour le sperme, et le dernier pour l'humeur prostatique. Vésale démontre alors que le pénil est composé de trois cylindres, mais dont un seulement est creux.

M. Tanchou dit avoir vu l'urèthre passer tout-à-fait au-dessous de la prostate (5). S'il était possible d'établir l'authenticité de ce fait, il motiverait en quelque sorte l'anomalie physiologique dont parle Vésale. Mais il faudrait pour cela que M. Tanchou pût nous dire quelle était la direction des canaux éjaculateurs, où ils allaient déboucher; de plus, où se trouvait l'aboutissant des conduits prostatiques. On peut présumer que tous se rendaient à l'urèthre; l'important serait de connaître le point précis de cette réunion.

Chez le sujet de Vésale, peut-être l'urèthre était-il complétement séparé de la prostate; peut-être cette glande avait-elle conservé ses rapports naturels avec les canaux éjaculateurs, et de leur jonction avec les excréteurs prostatiques, était-il résulté un conduit qui, au lieu de s'ouvrir plus ou moins en avant dans l'urèthre, s'était prolongé jusqu'au gland pour se créer un méat particulier. Mais il convient d'appeler de nouveaux faits, afin de donner quelque poids à cette opinion; et ces faits, on ne devra les accepter qu'après une sévère investigation; car l'erreur est si facile, surtout quand il s'agit d'anomalies!

Ainsi jusqu'à présent l'observation directe ne prouve pas l'existence d'un urèthre double. Quand on apercevra deux canaux traverser le pénil, il ne faudra donc pas croire de suite à l'existence de cette anomalie. Si on explore ces conduits avec soin, il y en aura un probablement qui conduira l'instrument partout ailleurs que dans la vessie. M. Monod a communiqué une observation à la Société anatomique, dans laquelle il parle de deux canaux qui longeaient la verge, et situés l'un au-dessus de l'autre. Il s'agit d'un homme mort à la Pitié, dans les salles de M. Bailly. M. Monod en fit l'autopsie : il introduisit dans le méat urinaire une sonde de gomme élastique de *très-gros calibre*, il la croyait dans l'urèthre; mais au moment de pénétrer dans la vessie, il fut arrêté par un obstacle invincible. « Je fendis le canal sur la » sonde, dit-il, afin de m'assurer de la nature de l'obstacle, » et fut très-étonné de voir que le gros canal dans lequel se » trouvait la sonde, se terminait entre le cul-de-sac, le » rectum et la prostate. Cette fausse route, *car c'en était* » *une*, offrait le diamètre de l'urèthre, et était tapissée » par une membrane de nature muqueuse parfaitement or- » ganisée. *Elle communiquait librement avec l'orifice* » *du gland;* en examinant avec soin la paroi supérieure de » ce canal, je remarquai à l'entrée de la fosse naviculaire » une ouverture qui pouvait à peine admettre l'extrémité » d'une sonde du plus petit calibre; c'était l'orifice de com- » munication avec le véritable urèthre, qui, incisé par la » paroi supérieure, ne me présenta pas d'altération notable. » Il était brusquement rétréci au niveau de l'orifice de com- » munication avec la fausse route (1).

Cette observation laisse à désirer quelques détails; les uns se rapportent aux antécédens, qui n'ont pu être recueillis par M. Monod; d'autres ont trait à l'anatomie, ils ont été un peu négligés, selon moi. Quoi qu'il en soit, ce fait est encore précieux, surtout sous le rapport pratique.

M. Monod a de plus rencontré une monstruosité unique dans la science. Par un examen superficiel, elle eût pu être considérée comme un cas d'urèthre double. Il y avait effectivement deux canaux qui parcouraient le pénis; mais le canal anormal était très-superficiel; il passait immédiatement sur le raphé de la verge, sur celui des bourses, perçait obliquement le périnée et allait s'ouvrir dans le rectum, qui d'ailleurs n'avait point d'ouverture anale. C'était donc une espèce de diverticulum de l'appareil digestif; ce qui le prouve encore ce sont les matières auxquelles il a donné issue (2).

Baillie rapporte une observation qui me fait encore plus

(1) Traité de la cystotomie sus-pubienne.
(2) Thèse de concours.
(3) Anatomie chirurgicale.
(4) Tome VII, livre XXVII, page 470.
(5) Velpeau. Anatomie chirurgicale, tome II, page 279.

(1) Société anatomique, XXIVe Bulletin.
(2) Cette pièce a été représentée dans le grand ouvrage de M. Cruveilhier. Voyez Anatomie pathologique, première livraison.

regrétter le laconisme de M. Monod, surtout pour ce qui a trait à sa première communication. Il est question aussi de deux canaux parcourant la verge (1) : un s'ouvrait à la base du gland, l'autre à son sommet. « Celui-ci, dit Baillie, se » terminait en cul-de-sac à l'autre extrémité, sa longueur » était de deux pouces. Je ne puis rien affirmer sur la rareté » ou la fréquence de cet état contre nature, qu'on doit re- » garder, dit expressément l'auteur, comme un vice de » conformation et non pas comme une maladie. » M. Monod, au contraire, considère le second canal comme une *fausse route* qui aurait commencé à la fosse naviculaire et qui serait allée jusques au-dessous de la prostate. Pour moi, je suis tenté d'admettre que dans les deux cas, ce second canal était destiné à l'éjaculation, et qu'il y avait là séparation de l'appareil génito-urinaire. Mais ce n'est que par hypothèse que je puis me faire cette opinion; tandis que si les observations de Vésale, de Baillie, de MM. Tanchou et Monod, étaient complètes, la question serait résolue.

En définitive, on peut dire : 1° qu'il y a dans la science plusieurs faits qui prouvent, d'une manière incontestable, que le gland peut offrir plusieurs ouvertures; 2° qu'il est quelques observations qui nous autorisent à admettre l'existence de deux canaux parcourant la verge; 3° mais rien ne prouve l'existence de deux urèthres, c'est-à-dire de deux conduits séparés qui serviraient l'un et l'autre à l'émission des urines.

§ II. Absence totale ou partielle de l'urèthre.

L'urèthre n'est qu'une pièce de perfectionnement de l'appareil génito-urinaire; ce canal suppose des réservoirs à vider dans des circonstances déterminées par la volonté ou l'instinct. Si ces réservoirs manquent, ou s'ils perdent leur caractère par une solution de continuité quelconque, l'urèthre est inutile. Son absence complète doit être plus fréquente chez les femmes, parce que dans ce sexe les fonctions de l'urèthre ne se rapportent qu'à l'excrétion urinaire. Voici deux faits rapportés par Petit : « J'ai vu, dit ce chirurgien, une » fille, à l'âge de quatre ans, qui était venue au monde » n'ayant ni urèthre, ni nymphe, ni clitoris : elle avait un » vagin assez large; mais n'ayant point d'urèthre, ou du » moins la partie de ce canal où se trouve le sphincter man- » quant, elle rendait involontairement ses urines : j'en ai » vu une autre qui avait tout l'extérieur de la vulve, le » clitoris, les nymphes et les grandes lèvres bien confor- » més, mais à qui il manquait tout l'urèthre et le col de la » vessie; elle rendait ses urines à l'entrée du vagin, par un » trou assez large pour y mettre le petit doigt (2). »

Il s'agit bien ici d'une absence complète de l'urèthre, mais, dans les premier cas, il doit rester quelques doutes, car l'auteur dit : *mais n'ayant point d'urèthre, ou du moins la partie de ce canal où se trouve le sphincter manquant*, etc.

Chez l'homme, l'absence complète de l'urèthre est plus rare, à cause de la combinaison de l'appareil urinaire avec celui de la reproduction. On en possède cependant des exemples. P. Borelli (1) parle d'une extrophie de la vessie avec division de la verge sur la ligne médiane; il dit très-explicitement que l'urèthre manquait tout-à-fait. Quand ce canal ne manque que partiellement, c'est en général sur les points opposés à la jonction des deux appareils. Par exemple dans l'extrophie de la vessie, c'est la partie supérieure de l'urèthre qui n'a pas été complétée : le plus souvent la paroi inférieure est intacte, parce qu'elle correspond aux canaux éjaculateurs et aux excréteurs de la prostate. Pinel cite un cas où la paroi supérieure manquait totalement, l'inférieure était conservée, le *verumontanum* était intact; on put sonder les canaux éjaculateurs et constater la présence des conduits prostatiques (2). L'hypospadias est beaucoup plus fréquent vers le voisinage du gland; il s'arrête ordinairement là où commence l'urèthre de la femme, et son extension vers la portion prostatique suppose une grave infraction aux lois qui règlent le développement des organes reproducteurs et la terminaison de l'appareil digestif.

On a pris quelquefois l'embouchure des uretères pour deux ouvertures uréthrales, et on en a conclu qu'il y avait double urèthre. Pinel, dans le Mémoire que je viens de citer, parle d'un cas d'extrophie de la vessie : sur les côtés et à *la partie inférieure de la tumeur fongueuse* étaient deux petites ouvertures fermées par des valvules, et qui fournissaient de l'urine par la compression du ventre. Pinel se demande si c'étaient là les embouchures des uretères, ou les terminaison d'un double urèthre. Si ce médecin avait voulu dissiper ses doutes, il n'avait qu'à se livrer à une exploration qui n'avait rien de difficile, et qui lui aurait démontré la non existence de l'urèthre.

Tout le calibre de ce canal peut manquer dans une certaine étendue; alors la portion restante s'ouvre plus ou moins près des bourses. Ces anomalies portent principalement sur la portion spongieuse. La verge alors n'est formée que par les corps caverneux; elle est aplatie et plus courte; mais l'ouverture anormale est plus large que le méat naturel; si elle est rétrécie, la portion bulbeuse de l'urèthre doit exister. Deux cas peuvent se présenter ici : ou bien le gland sera percé d'un petit méat, ou bien il n'en présentera aucun. Dans le premier cas, l'urine est partagée entre ces deux issues : par exemple, la moitié s'échappe par l'extrémité de la verge, l'autre par un point plus ou moins rapproché des bourses. Dans le second cas, une partie du liquide sort par la perforation congéniale; l'autre portion est projetée vers le gland, où elle est arrêtée, et alors il faut que le liquide rebrousse chemin. Arnaud rapporte une observation qui a trait à cette anomalie. « Le sujet, dit ce chirurgien, avait l'urèthre ouvert comme la femme; en explorant la verge on sentait une dépression qui simulait la canelure d'une sonde; c'était l'urèthre affaissé. Quand le flot de liquide arrivait, le canal se gonflait; quand, au contraire, l'urine avait reflué

(1) Baillie, Anatomie pathologique, page 336. Traduction de Renoll.

(2) Œuvres posthumes de J.-L. Petit, tome III, page 122.

(1) P. Borelli, Obs. méd., Observ. XIX.

(2) Mémoires de la Société médicale d'émulation, t. IV.

vers l'ouverture anormale, il s'affaissait et perdait sa forme cylindrique (1). »

§ III. Oblitérations de l'urèthre.

L'oblitération complète est excessivement rare ; cependant elle a été observée quelquefois chez les nouveau-nés. Elle a lieu le plus souvent au méat ; mais je lis dans l'ouvrage de M. Ségalas, que M. Jules Cloquet « a vu, chez un enfant nouveau-né, l'*urèthre oblitéré* à sa partie moyenne dans l'étendue d'un pouce (2). » Le plus souvent, pour créer un méat, on n'a qu'à écarter les lèvres de l'ouverture naturelle, qui semblent réunies par une fausse membrane peu consistante. Souvent cette adhésion n'est pas complète, il reste un petit pertuis qu'on dilate facilement.

Selon M. Serres et plusieurs autres physiologistes, dans les premiers temps de la vie fœtale, l'urine est contenue dans une poche alongée et fermée de toutes parts. En se resserrant en haut et en bas, cette espèce de boyau concourt à former, dans le premier sens, l'ouraque ; dans le second, l'urèthre ; la portion intermédiaire se dilate et forme la vessie. A la terminaison du dernier canal, s'opère la division qui constitue le méat urinaire ; mais si, par des circonstances que je ne puis apprécier ici, les tissus se trouvent plus résistans, plus épais vers le gland, ils céderont sur un autre point. Alors, selon que la division anormale portera sur la partie supérieure ou inférieure de l'urèthre, il y aura épispadias ou hypospadias. Si toute la partie antérieure de la poche primitive ne s'est pas réunie, il n'y aura plus de réservoir urinaire, et dans ce cas, l'extrophie de la vessie et l'épispadias marcheront ensemble.

La cavité de l'ouraque est quelquefois conservée ; ce canal peut alors s'ouvrir à l'ombilic, tandis que le méat urinaire n'a pu se former. Ici il y a nécessairement incontinence d'urine ; elle sort en bavant, parce qu'autour de cette ouverture il n'existe aucun appareil musculaire spécial pour retenir ou projeter le liquide à la volonté de l'individu. Les exemples de cette anomalie sont moins fréquens qu'on ne le pense, et je suis persuadé qu'on a souvent considéré comme tels certains vices de conformation de la vessie et des uretères. Mais le fait de mademoiselle de Varie est très-authentique. « Elle avait, dit Cabrol, l'ombilic alongé de quatre » doigts, semblable à la crête d'un coq d'Inde ; elle pissait » ordinairement par l'ouraque. » Le chirurgien de Beaucaire ajoute : « Je trouvai l'orifice de la vessie fermé d'une membrane espaisse, comme un teston au plus (3). » Cabrol divisa cette membrane, introduisit une canule de plomb dans la vessie, fit la suture de l'ouraque, et obtint un plein succès. Littre communiqua, en 1701, une histoire semblable, à l'Académie des Sciences. La fille qui en fut le sujet portait une chair fongueuse qui bouchait le col de la vessie. D'autres faits sont rapportés dans l'ancien Journal de médecine (4) ; mais je ne considère pas celui de M. Lévêque comme authentique ; les deux autres méritent plus de confiance.

§ IV. Changemens dans les formes de l'urèthre.

Il est important de connaître la longueur de l'urèthre pour apprécier le siége précis de rétrécissemens, et pour ne pas donner trop d'étendue aux sondes qu'on laisse séjourner dans la vessie ; car, elles dépassent le col vésical de plus d'un pouce, elles causent des accidens. Cependant, malgré les travaux de Wathely, de Lallemand, de Ducamp, ce point d'anatomie était peu connu. M. Malgaigne a donc mesuré l'urèthre en place, sans rien changer à sa forme, à sa courbure ni à ses connexions ; il a trouvé que, dans l'état de flaccidité, la longueur de ce canal variait de cinq pouces deux lignes à six pouces (1). Sur trente cadavres, M. Blandin a trouvé une longueur de huit à neuf pouces (2) ; mais, par anomalie, il peut excéder dix pouces, ou ne pas atteindre quatre pouces. Chez l'enfant, il est proportionnellement plus long que chez l'adulte. Ici la vessie est plus élevée, car elle n'a pas encore plongé tout-à-fait dans le bassin, qui, d'ailleurs, n'est pas assez excavé pour contenir tous les organes qu'il doit protéger.

La portion de l'urèthre qui longe les corps caverneux suit leur développement, et on sait que, sous ce rapport, il existe beaucoup de variétés. La longueur de la portion membraneuse varie aussi ; les changemens les plus utiles à connaître portent sur sa direction et sur son degré de courbure. Comme nous le verrons bientôt, cette partie du canal est soumise au développement de la partie antérieure du bassin. La portion la plus voisine de la vessie est nécessairement influencée par les anomalies de la prostate, dont il sera question dans un autre Mémoire.

Chopart parle des vices de conformation de l'urèthre, qui rendrait ce canal *si étroit qu'un stylet fin pourrait à peine y passer* (3). L'urèthre présente, sur certains points, des dilatations naturelles qui sont quelquefois exagérées. C'est ainsi que la fosse naviculaire peut offrir une dilatation considérable, dans laquelle il séjourne parfois de l'urine, de la matière prolifique, calculeuse, etc., surtout quand cette anomalie marche avec un rétrécissement considérable du méat ou déterminé par la cicatrisation d'un chancre. Mais quand, par contraire, cet orifice est très-grand, quand il est fendu jusqu'à la base du gland, ce qui constitue le premier degré de l'hypospadias, il existe un inconvénient, c'est la grande facilité avec laquelle l'infection vénérienne a lieu. J'ai beaucoup de faits qui confirment cette opinion. Ceci prouve que, dans la question des prédispositions, des *diathèses*, il faut toujours avoir égard à l'état local organique, général, et à l'état d'autres circonstances encore qu'il serait trop long d'énumérer ici.

La fosse naviculaire est quelquefois effacée, c'est-à-dire que, sur ce point, les diamètres de l'urèthre ne sont pas

(1) Arnaud. Opuscules de chirurgie.
(2) Traité des rétentions d'urine, page 62.
(3) Cabrol. Alphabet anatomique, Observ. X.
(4) Tome XXIV.

(1) Thèses de la Faculté.
(2) Anatomie topographique. nouvelle édition.
(3) Traité des maladies des voies urinaires ; tome II, page 294.

augmentés. Ce sont probablement de faits de cette nature qui ont fait nier la dilatation naturelle dont il est question. Il arrive aussi que le renflement bulbaire est beaucoup plus considérable que dans l'état normal ; il se fait là un cul-de-sac, assez profond pour retenir la sonde et rendre très-difficile son introduction dans la vessie. Dans certains cas, cette disposition semble plutôt dépendre de la saillie trop considérable de l'espèce d'éperon qui trace la limite postérieure de la portion bulbeuse, que d'une véritable excavation du bulbe ; d'ailleurs, même chez l'adulte, ce renflement est quelquefois nul. Quoi qu'il en soit, le praticien doit avoir égard à ces divers accidens de la forme de l'urèthre, pour régler ses manœuvres et éclairer son diagnostic.

M. Lisfranc parle d'un sinus situé sur la partie antérieure du *veru montanum*, sinus assez large pour recevoir le bout d'une sonde d'un grand diamètre. Le même praticien a constaté l'existence de deux culs-de-sac profonds sur les parties latérales de la même éminence ; MM. Amusat et Velpeau ont fait la même observation. J'ai vu une dépression de même nature, mais d'un côté seulement.

Le *veru montanum*, en se plongeant vers la vessie, donne quelquefois naissance, par une espèce d'épanouissement, à deux replis latéraux continués en avant, et qui simulent deux valvules peu saillantes. A l'extrémité opposée de la portion prostatique, sur le point où elle se réunit à la portion membraneuse, il peut exister une disposition valvulaire analogue ; alors le bord concave regarde la vessie, au lieu d'être dirigé en avant comme dans le premier cas. M. Velpeau dit avoir observé trois fois cette anomalie (1) ; on en voit un dessin dans un Mémoire de Langenbeck sur la lithotomie. M. Lisfranc (2) assure avoir rencontré plusieurs fois un enfoncement *situé entre les deux lobes moyens* de la prostate. L'un d'eux avait deux lignes d'avant en arrière, une ligne dans le sens transversal ; sa profondeur était d'une ligne et demie. Dans ce cas, le *veru montanum* était déformé et porté à droite.

M. Caron de Villars m'a montré une pièce sur laquelle on pouvait voir un uretère venant déboucher sur la limite qui sépare le col de la vessie de la portion prostatique de l'urèthre. Il est remarquable que le sujet n'ait éprouvé aucune incontinence d'urine. Ici une sonde aurait pu s'engager dans l'uretère et parcourir un long chemin sans pénétrer dans la vessie. Ce fait n'est pas unique dans la science, mais il n'en est pas moins très-important sous le rapport pratique. D'autres conduits peuvent déboucher dans l'urèthre, surtout quand il y a multiplication des organes générateurs. Mayer a vu un vagin rétréci traverser la prostate et s'ouvrir dans l'urèthre. M. Bouillaud a publié un fait des plus rares ; le sujet avait toutes les apparences extérieures d'un homme : corps caverneux, muscles du périnée, etc. ; tout, enfin, semblait lui assurer une certaine virilité ; mais à l'autopsie, les organes plus intérieurs résolurent le problème autrement, il s'agissait, selon moi, d'une femme ; seulement le vagin ne s'ouvrait pas à l'extérieur ; parvenu vers le col de la vessie, ce canal se retrécissait brusquement, se dirigeait de bas en haut et allait déboucher dans la portion membraneuse de l'urèthre, par une ouverture de deux millimètres de diamètre.

Voilà tout autant de variétés de l'urèthre que le chirurgien doit toujours avoir présentes à l'esprit, car, je le répète, soit qu'on veuille traiter les maladies de ce canal, soit qu'on veuille agir directement sur la vessie, il faut le parcourir ; on doit donc le connaître dans tous ses états. Je ferai remarquer ici que c'est toujours sur la paroi inférieure de l'urèthre que se rencontrent les enfoncemens, les sinus, les aboutissans divers des conduits qui se rendent à ce canal, soit dans l'état ordinaire, soit par anomalie. De là une indication pratique qu'il est facile d'entrevoir, et que je ferai ressortir ailleurs.

Ce n'est pas seulement avec le vagin que l'urèthre peut communiquer, mais encore avec la matrice. Ces vices de conformation sont tels que le diagnostic en est difficilement obscurci. Le cas rapporté par M. Bouillaud est bien plus important sous le rapport pratique. Il est probable que si on avait voulu sonder ce sujet, l'algalie, parvenue à la portion membraneuse, se serait engagée dans le vagin, au lieu d'aller vers la vessie.

Ici se présenterait naturellement la question de savoir si l'urèthre est droit ou courbe ; mais cette question n'en est plus une. Comparez le niveau du col de la vessie à celui de la terminaison de la portion prostatique, vous trouverez celui-ci déjà abaissé de deux à trois lignes. Là commence la portion membraneuse, qui remonte ensuite vers le bulbe où se termine l'arc sous-pubien de l'urèthre. D'ailleurs, si ce canal était *tout droit*, dans le cathétérisme rectiligne pratiqué avec une sonde inflexible, vous pénétreriez dans la vessie comme avec une bougie flexible. Il ne serait pas nécessaire d'imprimer à l'instrument le mouvement de bascule, qui relève son bec et lui fait parcourir, en partie, la courbure urétérale. Mais il s'agit surtout ici de faire apprécier les variétés anatomiques plutôt que l'état normal, que je suppose connu.

Chez l'enfant, la vessie est plus élevée et l'urèthre a une courbure plus marquée (1). Selon Chaussier, elle est encore augmentée chez le fœtus, par l'accumulation du méconium dans le dernier intestin. Le plus ou moins de hauteur du pubis modifie encore le degré d'incurvation de ce canal. Chez la femme, où cette partie du bassin est moins élevée, l'urèthre est moins courbe. M. Leroy a mesuré deux bassins sur lesquels la hauteur de la symphyse et du ligament sous-pubien, réunis, était de vingt-cinq et vingt-six lignes. « Il » me paraît probable, dit ce chirurgien, que, pendant la » vie, l'introduction de la sonde droite eût été tout-à-fait » impossible sur de pareils sujets. J'ai cherché vainement à » introduire la sonde droite sur un certain nombre de cada- » vres et sur quelques individus vivans (2). »

---

(1) Anatomie chirurgicale ; tome II, page 28.
(2) Thèse citée.

(1) Meckel, tome III, page 576.
(2) Exposé des divers procédés de lithotritie.

§ V. Changemens dans les rapports de l'Urèthre.

L'urèthre ne perce pas toujours la vessie à la même hauteur. Il est des cas où le bas-fond est très-peu prononcé, même chez l'homme adulte, ce qui le rapproche de l'enfant et de la femme. On conçoit que, dans ce cas, l'incontinence d'urine est plus facile ; car, dans le premier âge et chez la femme, ce ne sont peut-être pas la forme et les dimensions du canal qui occasionent certaines émissions d'urine involontaires ; je l'attribuerais plutôt à l'insertion du col de la vessie sur un point plus déclive. La portion prostatique de l'urèthre suit cette anomalie ; elle traverse alors la glande plus bas, et devient ainsi plus voisine du rectum. Le fait de M. Tanchou se placerait naturellement ici. M. Velpeau a vu deux fois cette partie de l'urèthre n'être *séparée de l'intestin que par deux lignes de tissu cellulaire* (1). M. Senn (2) rapporte un fait analogue. On observe aussi une disposition inverse, car quelquefois l'urèthre traverse la partie tout-à-fait supérieure de la prostate ; elle est libre en haut, dans le quart au moins de sa circonférence. C'est cette variété qui aura été prise pour l'état normal par M. Amussat. M. Lisfranc a adopté l'opinion de ce chirurgien ; est-ce après un examen bien sévère des faits anatomiques (3) ? Il est facile d'entrevoir les différences qui doivent résulter de ces anomalies pour le cathétérisme et surtout pour la taille.

Ce ne sont pas seulement les rapports de l'urèthre avec la prostate qui peuvent être changés, mais encore les connexions de ce canal avec les corps caverneux. Il arrive quelquefois que l'urèthre, au lieu d'être situé à la partie inférieure de la verge, longe au contraire le dos de cet organe. Ruisch cite un fait de ce genre (4) ; Morgagni en fournit un exemple ; mais ici il y avait une division d'une partie du canal qui le transformait en gouttière. (5).

On a vu des changemens de rapport bien plus considérables : par exemple, quand l'urèthre va aboutir à la région inguinale. Haller en cite un exemple (6). M. Geoffroy Saint-Hilaire a vu, sur un fœtus femelle, l'urèthre s'ouvrir dans la région inguinale droite ; le vagin était situé plus bas, mais parfaitement séparé du premier canal ; de manière que, sur ce point, l'appareil urinaire était tout-à-fait séparé de l'appareil génital. Cette décomposition rapproche le sujet de la taupe femelle.

Je termine ici ce mémoire : ce sont des recherches que je publie dans un intérêt tout-à-fait scientifique, et non en vue de combattre ou de soutenir telle ou telle conclusion pratique.

(1) Anatomie chirurgicale ; tome II, page 279.
(2) Voyez Thèses de la Faculté de Paris.
(3) Thèse de l'agr.
(4) Ruisch., Thes. anat. 31, asser. 2, n° XXII, page 161.
(5) De sed. et caus. morb. ; epist. 67.
(6) Tome 7, liv. XXVII.

Des propriétés chimiques des sécrétions dans l'état sain et dans l'état morbide,

Et de l'Existence des Courans électriques déterminés dans les corps organisés, par l'acidité et l'alcalinité des membranes ;

Par A. DONNÉ,

Chef de Clinique médicale à l'hôpital de la Charité (1).

1° L'enveloppe extérieure du corps, la peau, sécrète par toute sa surface une humeur acide ; cependant la sueur, au lieu d'être, comme on le pense généralement et comme le disent les traités de physiologie, plus acide sous les aisselles et autour des parties génitales, est au contraire alcaline en ces points, ainsi qu'aux doigts des pieds.

2° Le tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'anus, sécrète un mucus alcalin, si ce n'est dans l'estomac où le suc gastrique est fortement acide, comme le démontrent les travaux d'un grand nombre de physiologistes, ceux de Prout, de Tiedemann, de Gmélin en particulier. Ainsi la salive et le mucus de l'œsophage jusqu'au cardia, sont alcalins dans l'état normal, et ils ne deviennent acides que par suite de certains états morbides que j'indique. Depuis le pilore jusqu'à la fin du canal intestinal, le mucus fourni par la membrane muqueuse *elle-même* est alcalin.

3° Les membranes séreuses et les membranes synoviales sécrètent toutes une liqueur alcaline dans l'état normal ; cette sécrétion devient quelquefois acide dans certaines maladies.

4° La membrane acide externe et la membrane alcaline interne du corps humain, représentent les deux pôles d'une pile dont les effets électriques sont appréciables au galvanomètre. Ainsi, en mettant l'un des conducteurs de cet instrument en contact avec la membrane muqueuse de la bouche, et l'autre en contact avec la peau, l'aiguille magnétique se dévie de 15, 20 et même 30 degrés, suivant la sensibilité du galvanomètre ; et sa direction indique que la membrane muqueuse ou alcaline prend l'électricité négative, et la membrane cutanée acide l'électricité positive.

Indépendamment de ces deux grandes surfaces offrant des états chimiques opposés, il existe dans l'économie d'autres organes, que l'on peut appeler, les uns acides, les autres alcalins, et qui donnent lieu au même résultat : entre l'estomac, par exemple, et le foie de tous les ani-

(1) Nous nous empressons de faire connaître à nos lecteurs le Résumé des faits qui font la base d'un travail très-important que notre collaborateur vient de présenter à l'Institut. Il faut espérer que le public jouira bientôt des développemens que comportent ces premiers principes, et que les applications pratiques en seront nombreuses.

(*Note du Rédacteur.*)

maux, on trouve des courans électriques extrêmement énergiques.

5° J'ai reconnu des phénomènes électriques du même genre dans les végétaux, en plaçant un pôle du galvanomètre dans le centre d'une tige dans le canal médullaire, et l'autre pôle sous l'écorce; mais c'est surtout dans les fruits que ces effets sont remarquables et bien tranchés. Un fruit peut être également considéré comme une pile, dont le côté de la queue est électro-négatif dans les fruits adhérens, tels que les pommes, les poires; et le côté de l'œil électro-positif: c'est le contraire dans les fruits non adhérens, tels que la pêche, la prune. Dans tous les cas, ce sont toujours ces deux points opposés des fruits qui donnent le maximum de tension électrique: en plongeant les conducteurs du galvanomètre dans d'autres points, les effets diminuent; ils cessent complétement lorsqu'on les place des deux côtés d'un fruit, à égale distance du centre et perpendiculairement au plan qui passe par l'œil et la queue.

Les courans électriques dans les végétaux ne sont point déterminés par l'état acide ou alcalin des parties, comme dans les animaux, puisque le suc des fruits que j'ai examinés était partout plus ou moins acide; mais d'après les belles expériences de M. Biot, les sucs qui arrivent par le pédicule subissant des modifications en un point quelconque du fruit, c'est probablement à la différence de composition chimique de ces sucs aux deux extrémités d'un fruit, qu'il faut attribuer les phénomènes électriques.

6° Les humeurs acides de l'économie peuvent devenir alcalines, et les humeurs alcalines devenir acides dans les maladies.

7° L'acidité est ordinairement le résultat de l'inflammation proprement dite, et cet effet peut se produire par sympathie dans un organe éloigné du point enflammé; ainsi la salive devient très-acide dans l'inflammation de l'estomac ou dans la gastrite.

8° L'acide qui se développe dans le travail inflammatoire, paraît être le plus souvent de l'acide hydrochlorique. Suivant moi, la présence de cet acide détermine la coagulation de la partie albumineuse de la lymphe, ou de la sérosité qui abonde dans les points enflammés: c'est à cette coagulation que sont dues les fausses membranes dans les cavités séreuses, les taches albuginées de l'œil, la lymphe coagulable des plaies, les épaississemens de certains organes et plusieurs autres produits morbides résultant d'une inflammation, dans lesquels on ne rencontre à l'analyse que de l'albumine plus ou moins concrétée.

Le pus lui-même, ce dernier résultat du travail inflammatoire, est produit par l'action de l'acide sur la lymphe albumineuse; c'est une espèce de combinaison d'acide et d'albumine. Si l'on ne trouve pas toujours de l'acide libre dans les liquides épanchés à la surface des organes enflammés, si le pus ne rougit pas toujours le papier bleu de tournesol, c'est que la plupart des humeurs de l'économie étant fortement alcalines, contenant de la potasse et de la soude en assez grande quantité, les propriétés de l'acide sont masquées par ces alcalis, jusqu'à ce que ceux-ci soient entièrement neutralisés. Mais je cite dans mon Mémoire plusieurs cas, dans lesquels le pus et même la sérosité épanchée dans le ventre à la suite d'une péritonite, ont été trouvés acides: un cas analogue m'a été rapporté par M. Dumas, et un autre est consigné dans le *Traité de chimie* de Berzélius.

9° Les changemens dans la nature chimique des sécrétions, réagissent sur les différens systèmes de l'économie; ils forment un ordre de lésions et de symptômes intéressans à observer, sous le rapport de l'étiologie du diagnostic et même du traitement des maladies; ces changemens déterminent des modifications dans les courans électriques qui existent entre les divers organes de l'économie.

DOCTRINES MEDICALES.

—

DE L'HUMORISME RATIONNEL.

Par C. FORGET.

En esquissant à grands traits l'histoire de la pathologie humorale dans un premier article formant introduction à nos études sur l'*humorisme* (*Journ. hebd.*, Janvier 1834), nous sommes arrivé à cette conclusion: que l'humorisme, instinctivement professé par les anciens, se trouve expérimentalement démontré par les modernes. Nous allons aborder les preuves de cette assertion, hardie peut-être, mais qui ne tend pas, ainsi qu'on pourrait le croire, à édifier une doctrine nouvelle sur les débris des doctrines mourantes. Car il ne s'agit que de comparer et de rationaliser des faits épars, et de soumettre à l'analyse, des observations dont jusqu'ici peu de médecins se sont appliqués à déduire les conséquences.

Pour nous guider dans ce vaste labyrinthe, dont cependant nous ne nous flattons pas d'explorer tous les détours, nous avons besoin d'un fil régulateur, que nous ne chercherons pas dans les quatre humeurs cardinales hypothétiquement admises par les anciens; mais, nous plaçant au niveau de notre époque, nous nous proposons de suivre tout simplement la filiation des phénomènes physiologiques. Prenant l'homme à son point de contact avec les agens extérieurs dans lesquels il puise les élémens de la vie végétative, nous étudierons d'abord les produits immédiats de l'élaboration digestive et de l'absorption cutanée pulmonaire; puis nous les suivrons successivement dans les métamorphoses qu'ils subissent pour devenir sang artériel et veineux, lymphe, matières sécrétées, exhalées, etc. Ce n'est qu'après avoir développé ces *prolégomènes* indispensables, que nous entrerons dans le domaine spécial de la pathologie, pour examiner les faits capitaux sous lesquels viennent se ranger les diverses classes de maladies (inflammations, hémorrhagies, fièvres, hydropisies, lésions dites organiques), et nous arriverons enfin à spécifier ce qu'il peut y avoir d'humoral dans la production et l'évolution de chaque maladie en particulier.

PROLÉGOMÈNES.

Art. Ier. De l'influence des humeurs produit de la digestion, dans les maladies en général.

Nous entendons par *humeurs produit de la digestion*, celles qui, puisées dans la masse alimentaire, passent dans l'économie par les voies de l'absorption ; quant aux humeurs excrétées dans le canal digestif, nous les désignerons sous le nom d'*humeurs digestives*, et nous les retrouverons quand il sera question des produits sécrétés.

Avant d'entrer en matière, proclamons le fait physiologique le plus universel, ce fait banal qui pourtant donne lieu tous les jours à de si vives contestations : c'est que la *vie*, chose indéfinissable, parce qu'elle est ignorée dans son essence, influe sur tous les actes de l'organisme.

Ce fait est avoué par les zélateurs les plus absolus des systèmes physiques et chimiques, par Fodéra, qui prétend ramener à la simple imbibition tous les phénomènes d'absorption et d'exhalation (1) ; par Dutrochet, attribuant à l'électricité l'accomplissement de l'*endosmose* et de l'*exosmose*, termes qui n'expriment que ces mêmes phénomènes (2). Ce fait est implicitement consenti par les solidistes purs, car ces lésions d'organes auxquelles ils attribuent les maladies, ne peuvent s'effectuer que sous l'empire des mouvemens vitaux. Mais la vie n'implique pas la négation des lois générales de la nature ; et c'est pour avoir donné le change sur cette association harmonieuse, que l'immortel Bichat a retardé dans un sens la marche de la science, qu'il a tant avancée sous d'autres rapports. La *sensibilité organique, élective, spécifique*, cette sorte de *gustation*, de *succion*, accordée par cet illustre physiologiste aux bouches absorbantes, ont déterminé un temps d'arrêt qui dure encore pour quelques esprits : mais cet ingénieux aperçu physiologique doit s'évanouir en face des expériences de quelques observateurs modernes.

Ce qui pouvait induire en erreur les physiologistes de l'école de Bichat, c'était, d'une part, la persuasion que les chylifères sont la seule voie d'absorption intestinale, et de l'autre, l'apparente identité du chyle, quelle que soit la nature des alimens ingérés ; mais nous savons aujourd'hui, grâce aux expériences de Tiédemann, Gmelin (3), Magendie (4), Fodéra, etc., que les substances colorées (indigo, garance, cochenille, gomme-gutte), odorantes (camphre, musc, alcool, térébenthine, assa-fœtida), passent par d'autres voies que celle des chylifères ; que ceux-ci même ne sont pas réfractaires à certains sels de potasse, de fer, de baryte. Bien plus, nous savons que ces chylifères peuvent être suppléés par d'autres vaisseaux, et que lorsqu'ils sont oblitérés, le chyle peut être absorbé par les radicules de la veine porte (Leuret et Lassaigne) (1) ; nous savons aussi que l'identité prétendue du chyle n'est rien moins que prouvée, et que les chylifères ne peuvent puiser dans les matières chymeuses que les élémens qui s'y trouvent déjà (Leuret et Lassaigne, Raspail) (2). Quant à cette sensibilité spécifique des bouches absorbantes, Darwin, Wollaston, Home, Mayer et les physiologistes déjà cités, ont suffisamment démontré que les substances les plus hétérogènes à l'économie, passent du tube intestinal dans le sang ; enfin, des observations plus concluantes encore sont venues porter le dernier coup à cette séduisante théorie du *libre arbitre* des surfaces absorbantes, en démontrant qu'un tissu membraneux quelconque, artère, veine, anse intestinale, vessie, à l'état mort ou vivant, livrait passage aux substances les plus vénéneuses (solution alcoolique de noix vomique, prussiate de potasse, tabac, etc.), sous la seule condition de la solubilité (Magendie, Fodéra, Dutrochet). Cette absorption, moins facile sur le vivant, est activée par l'action de la pile galvanique ; elle est aussi modifiée par l'activité des mouvemens vitaux, l'influence nerveuse, les maladies, etc. Là se trouve l'influence de la vie ; mais le fait fondamental, l'absorption *obligée* n'en existe pas moins. Eh ! fallait-il donc que des savans vinssent proclamer en face des académies l'existence de faits semblables, quand une expérience vulgaire et de tous les jours en fournit les preuves ? quand l'odeur des vapeurs exhalées décèle la diffusion des substances fragrantes ou spiritueuses usitées sur nos tables ? quand nous voyons le purgatif ingéré dans le sein d'une nourrice, aller purger l'enfant par la voie des mamelles, etc. ? Tant est grande la préoccupation que peut causer l'autorité d'un grand nom !

Les élémens du chyle, avons-nous dit, existent déjà dans les alimens. Ces alimens nourrissent d'autant mieux qu'ils sont plus solubles, plus fermentescibles et plus analogues aux composés animaux (Leuret et Lassaigne). Le canal digestif, en effet, est inhabile à composer des sucs nutritifs avec des substances qui n'en contiennent point. Les sels, l'huile, l'albumine du chyle, existaient dans la pâte alimentaire. L'association de ces élémens est nécessaire à la nutrition : c'est ce qu'ont démontré une multitude d'expériences modernes, celles surtout provoquées par les travaux de M. D'Arcet sur les propriétés nutritives de la gélatine ; c'est ce qui explique le dépérissement des animaux exclusivement nourris d'une substance, laquelle est éminemment alimentaire quand elle est associée à d'autres substances ; c'est enfin ce qui proclame l'excellence, pour nous espèce omnivore, d'une alimentation mi-partie animale et végétale. Il dérive encore des principes que nous venons d'exposer, que

(1) Recherches expérimentales sur l'absorption et l'exhalation ; par Fodéra. Mémoire couronné par l'Académie des Sciences, en 1823.

(2) De l'agent immédiat du mouvement ; par Dutrochet, membre correspondant de l'Institut. 1826.

(3) Recherches sur la route que prennent diverses substances pour passer de l'estomac et du canal intestinal dans le sang. Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences, en 1821.

(4) Physiologie.

(1) Recherches physiologiques et chimiques pour servir à l'histoire de la digestion. Couronnées par l'Institut, en 1825.

(2) Nouveau système de chimie organique. 1833.

l'appareil digestif ne peut extraire d'alimens insuffisans une alimentation suffisante; et que, par contre, il est souvent obligé d'admettre une quantité de sucs nutritifs superflus pour les besoins de la vie, toujours abstraction faite des conditions physiologiques ou pathologiques des organes.

Or, si ce que nous venons d'établir est incontestablement démontré, si les organes digestifs se trouvent dépossédés de cette faculté merveilleuse de *choisir* l'aliment, et de celle de *créer* de toutes pièces des élémens nutritifs, par les seules forces de la vie; si d'organe intelligent et despote, l'appareil digestif est descendu à la condition d'instrument docile, espèce de crible organisé livrant passage, et sans trop de résistance, à toute matière nuisible, pourvu qu'elle se présente à l'état de solubilité, voyez quelles conséquences en découlent pour l'humorisme! Et ce ne sont point ici des hypothèses, ce sont des inductions rigoureuses, scientifiques, car les sciences physiques elles-mêmes, dit M. de Humboldt, reposent en grande partie sur des inductions, témoin la gravitation qui, calculée sur des corpuscules terrestres, a pu servir à mesurer le cours des astres. Nous voici donc, dès l'abord, forcés de reconnaître l'*humorisme*, de l'accepter dans la fonction génératrice de toutes les autres; et, dussions-nous manquer de preuves quand il s'agira de l'appliquer aux fonctions subséquentes, son empire n'en sera pas moins constaté d'une manière absolue. Poursuivons notre examen.

L'aliment, dans son trajet, subit l'influence de diverses *humeurs*: salive, mucus, suc gastrique, suc pancréatique, bile, ces produits d'organes peuvent éprouver des modifications de la part de ces organes; mais une fois sécrétés, tels quels, ils agissent comme *humeurs* sur la pâte alimentaire. Certes, les propriétés de contractilité, de calorification des organes digestifs, ont une part dans l'élaboration de l'aliment, mais cette part n'est pas exclusive, témoin les expériences de Spallanzani et autres: « Dès que la division des alimens est opérée dans l'estomac, disent » MM. Leuret et Lassaigne, il se forme *spontanément* des » molécules chyleuses, *favorisées par la bile, le suc* » *pancréatique*, etc. » C'est peu d'avoir justifié l'humorisme sur ce point; pour être juste envers tout le monde, nous devons également reconnaître quelques vérités dans les doctrines chimiques. C'est ainsi que, sans prendre à la lettre la *fermentation*, la *putridité*, l'*acidité*, l'*alcalinité* de Sylvius et consors, nous sommes obligé de reconnaître, eu égard aux notions fournies par la chimie moderne, que ces termes *rationalisés* représentent des faits positifs. Nous avons vu que, selon Leuret et Lassaigne, les alimens se digèrent d'autant plus facilement qu'ils sont plus *fermentescibles*; selon Raspail, la *fermentation*, d'où résulte *l'acidité* du chyme, joue un rôle essentiel dans la nutrition. Toujours est-il que le lait, par exemple, n'est convenablement digéré que lorsqu'il a été coagulé par les acidités gastriques. Cette acidité, selon Leuret et Lassaigne, aurait aussi pour usage de stimuler les sécrétions en excitant les orifices des conduits biliaires et pancréatiques. L'*alcalinité* du chyle a probablement quelque destination analogue. Quant à la *putridité*, nous savons fort bien que les sucs gastriques ont la propriété de la retarder, de la neutraliser même; mais si des substances complétement putrides sont ingérées en certaine quantité, n'est-il pas rationnel d'admettre que le *compelle intrare* que nous avons constaté plus haut, peut en pousser quelques molécules dans les voies circulatoires, et alors nous aurons les effets que produit l'injection des matières putrides, effets dont nous parlerons plus tard.

Nous demandons grâce au lecteur pour ces digressions physiologiques: elles étaient nécessaires à l'intelligence des déductions pathologiques que nous voulons en tirer. De ces conséquences nous ne signalerons que les principales: 1° que l'organe digestif, dans son état d'intégrité, soit impuissant à repousser certaines substances nuisibles, il servira de voie d'introduction à une foule de causes morbides; l'ivresse, plusieurs espèces d'empoisonnement, et le typhus peut-être, nous en offrent des exemples saillans, ainsi que d'autres maladies plus obscures dans leur essence. 2° Que l'organe digestif soit inhabile à composer des sucs nutritifs avec des substances dépourvues des élémens nécessaires, une alimentation impropre amènera l'épuisement et cette série de symptômes qui présentent la plus grande analogie avec le scorbut (1). 3° Que par la mauvaise constitution des alimens, ou par le défaut d'élaboration convenable, la fermentation acide du chyme, ou l'alcalinité du chyle, se trouvent incomplètes ou viciées, il peut en résulter d'autres formes de maladies parmi lesquelles, sous certains rapports, les scrofules mériteraient peut-être une place. Ces trois séries de causes répondent à l'idée que se formaient les anciens de certaines *cachexies* ou *cacochymies*, termes qui, selon nous, conservent encore toute leur valeur étymologique, et méritent de rester dans le langage médical, en tant qu'ils représentent des faits, sinon démontrés, du moins extrêmement vraisemblables. 4° Que l'organe digestif soit, dans certaines circonstances qui ne sortent pas de l'ordre physiologique, obligé d'admettre plus d'élémens nutritifs que n'en réclame l'économie, il en résultera l'obésité, la pléthore et leurs conséquences.

Voilà pour les produits de la digestion pris à leur point d'immergence dans le torrent des humeurs. Il semblerait que, passé ce point, ils dussent appartenir aux solides, et demeurer sous l'empire de la contractilité; de la force élaboratrice des canaux qui les contiennent; et pourtant, si l'on songe que la contractilité des solides est en partie sous la dépendance de la stimulation par les liquides contenus; si l'on veut se rappeler que le mouvement, maintenu dans certaines limites, est un des élémens de l'élaboration de ces fluides, ne sera-t-on pas forcé d'admettre que les humeurs, dans leur trajet, peuvent encore subir certaines modifications intestines qu'elles ne doivent qu'à leur composition moléculaire? Il ne nous répugne pas, par exemple, de voir dans le carreau un engorgement mésentérique passif, occasioné par le défaut de stimulation des lymphatiques et par une sorte de cohobation de la lymphe ralentie dans sa marche, l'irritation ne viendrait qu'ensuite. Mais nous avons promis de nous circonscrire dans le positif.

Sous le point de vue de la thérapeutique, les principes que nous avons exposés ne sont pas moins féconds en dé-

(1) Forget, Médecine navale.

ductions pratiques. C'est ainsi que la faculté d'absorber des élémens hétérogènes, éclaire singulièrement la question tant débattue des *spécifiques;* après les avoir opiniâtrément combattus, la médecine actuelle, cédant à la puissance des faits d'observation, se voit forcée de les admettre : et pourquoi pas, si le transport de ces substances dans l'économie leur permet d'exercer leurs affinités sur les élémens qu'ils ont la propriété de modifier ou de détruire? Personne aujourd'hui ne pense plus que l'opium, le quinquina, la strychnine, la digitale, le nitre, etc., se bornent à modifier l'irritabilité de la muqueuse gastrique; et les *sédatifs spéciaux*, les *diurétiques*, les *sudorifiques*, et les *anti* de toute espèce, à l'occasion desquels on a tant berné les anciens, tendent à reprendre leur signification première.

Sur la nécessité de fournir à la digestion des élémens convenables repose toute la *diététique*, et sur l'étendue des facultés absorbantes se trouve encore basée la théorie des *délayans*, des *humectans*, autres termes vieillis que force nous est de rajeunir, car ils reposent sur des réalités incontestables; au point que les liquides absorbés transsudent en quantité relative aux surfaces exhalantes, et que d'abondantes ingestions de liquides aident manifestement à dissoudre et à détacher certains produits concrescibles, sans doute en modifiant la plasticité du sang. Mais n'anticipons pas.

Jusqu'ici, nous nous sommes à peu près borné à considérer les produits de la digestion en eux-mêmes, indépendamment de l'état des organes qui concourent à leur élaboration; nous avons fait de l'humorisme pur; mais non pas abstrait. Or, nous devons dire actuellement que, s'il est certaines circonstances dans lesquelles le jeu des humeurs se montre indépendant des organes, il en est d'autres, plus fréquentes si l'on veut, où des effets analogues dérivent de l'action des tissus. Nul doute, par exemple, qu'il n'existe des cas où l'organe digestif, modifié d'une certaine manière, absorbera tel aliment ingéré, plutôt que tel autre; c'est ainsi que, dans certaines névroses de la digestion, tel aliment indigeste de sa nature, passera plus facilement que tel autre plus léger, *et vice versâ*, par alternatives journalières. Dans d'autres circonstances, plus nombreuses encore, les organes frappés de maladie refuseront d'assimiler les alimens les plus légers, lesquels, malgré leur nature innocente, exerceront sur ces organes une influence pernicieuse : mais à cet égard, nous entrons dans les idées généralement reçues, et qui, par conséquent, n'ont pas besoin de démonstration.

De ce qui précède, nous nous croyons autorisés à conclure que : 1° les *humeurs* produit de la digestion peuvent occasioner directement des maladies, sans altération des organes digestifs.

2° Ces humeurs peuvent pécher par la qualité, par la quantité, ou par plusieurs conditions à la fois, et déterminer des maladies immédiatement dépendantes de ces divers états.

3° Certaines indications thérapeutiques peuvent être rationnellement basées sur les modifications apportées à la constitution primitive de ces humeurs.

4° Il est une infinité de cas où l'altération de ces humeurs, loin d'être primitive, est au contraire l'effet de lésions viscérales.

Sur ce sujet et sur ceux que nous aborderons par la suite, nous n'avons pas la prétention d'épuiser la matière; qu'il nous suffise d'avoir fait réfléchir les hommes qui aiment à penser.

CHIRURGIE PRATIQUE.

De la cure radicale des fistules urinaires par l'opération de la boutonnière. — Cancer de la lèvre inférieure. — Ablation restauration de cette lèvre avec la peau du cou.

Communiqué Par M. CHARLES VIGUERIE.

§ 1. Cure radicale des fistules urinaires.

Après avoir étudié les auteurs, il est difficile de se faire une idée exacte de l'opération de la boutonnière. Ils appellent ainsi toute incision faite au périnée intéressant l'urèthre et la vessie, ou l'un ou l'autre de ces organes : ils la pratiquaient, soit pour extraire un corps étranger du canal, soit pour vider la vessie et favoriser l'excrétion de l'urine par l'introduction d'une sonde.

Desault, en parlant de cette opération, disait : « Les » progrès de l'art dans le traitement des voies urinaires, » ont presque déjà banni et banniront entièrement un » jour de la pratique cette inutile opération de la chi- » rurgie. »

La boutonnière était abandonnée et tombée en désuétude, lorsque M. Viguerie, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, en a fait une heureuse application au traitement des fistules urinaires, qui avaient résisté à d'autres traitemens méthodiques.

Première observation.

M. G..., habitant le département du Gers, vint à Toulouse pour réclamer les soins de M. Viguerie; il avait des fistules urinaires très-nombreuses qui traversaient le périnée et les bourses : l'ouverture fistuleuse interne correspondait dans l'urhètre, environ un pouce au devant du bulbe. M. G..., d'un tempérament sanguin, âgé de près de soixante ans, doué d'une force athlétique et d'une énergie de caractère peu commune, était soumis, depuis quelques mois, au traitement par les sondes de gomme élastique. Malgré ce traitement bien dirigé, quelques nouveaux abcès se formèrent, et leur ouverture restait fistuleuse; le malade découragé retourna chez lui, après un séjour de quatre mois à Toulouse, et suivit, sous les yeux de son médecin, le même traitement. Appelé de nouveau auprès du malade, M. Viguerie apprit qu'une sonde s'était brisée dans le canal, et qu'un tiers de sa longueur y était resté. Des recherches dans le ca-

nal ayant été inutiles, l'opération de la taille fut résolue, et le malade y fut préparé par des saignées et des bains, car il éprouvait des douleurs atroces. M. G... fut donc taillé, et l'opérateur fit l'extraction de six morceaux de sonde déjà incrustés de sels calcaires; les fragmens rapprochés donnèrent une longueur de quatre pouces: l'extrémité vésicale de la sonde était reconnaissable à son bout arrondi et à ses ouvertures latérales; les urines coulèrent par la plaie pendant quarante jours; après ce temps, elles reprirent leur cours naturel. Alors toutes les fistules étaient fermées, les callosités fondues; et depuis, le malade n'a cessé d'uriner avec la plus grande facilité. Cette guérison date de six ans: elle ne s'est jamais démentie.

Encouragé par cette cure, uniquement due au hasard, M. Viguerie pensa que cette opération pourrait être une ressource, dans quelques cas de fistules opiniâtres. Depuis, il l'a pratiquée deux fois avec succès.

Deuxième observation.

M. N..., âgé de trente-huit ans, d'un tempérament très-irritable, obligé de voyager à cheval pendant deux jours, éprouva, à la suite de ce voyage, une douleur et un engorgement au testicule gauche: un chirurgien fut appelé; on mit sur le testicule des cataplasmes de farine de graine de lin. Six jours après, il parut une tumeur au côté du testicule, sur laquelle on appliqua un morceau de pierre à cautère. L'ouverture de l'abcès donna issue à une matière sanguinolente, puis à de l'urine. Le malade fut dès lors soumis à l'usage des sondes, il les supporta difficilement; elles ne produisirent aucun changement avantageux dans son état. Trois mois après, un second abcès se déclara du côté droit: il fut traité, comme le premier, par les émolliens et le caustique. Le malade eut alors deux fistules, l'une à gauche, placée vers la racine des bourses, et l'autre à droite, un peu plus rapprochée de l'anus: l'urine coulait presque en totalité par ces deux ouvertures. Après huit mois de souffrance, le malade se décida à venir à Toulouse réclamer les soins de M. Viguerie: celui-ci lui conseilla l'usage des sondes de gomme élastique. Par ce moyen, l'urine était entièrement déviée des ouvertures fistuleuses. Ce traitement fut long-temps continué, l'état du malade en fut amélioré, mais les fistules persistaient toujours. Alors, désespérant d'obtenir la guérison par l'emploi des sondes, M. Viguerie décida le malade à se laisser pratiquer l'opération de la boutonnière: l'opération fut faite deux ans après l'apparition des fistules. Depuis le moment de l'opération l'urine coula par la plaie et cessa de passer par les ouvertures fistuleuses; ce ne fut que trois semaines après, que l'urine reprit son cours ordinaire. La plaie n'a été entièrement cicatrisée que sept mois après l'opération; les parties qui furent incisées offrirent une consistance analogue à celle du cartilage; cette circonstance fit craindre que la plaie ne restât fistuleuse.

Aujourd'hui, 28 octobre, il y a dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Toulouse un homme auquel M. Viguerie a fait la même opération: ce malade porte depuis huit ans des fistules urinaires qui ont résisté au traitement par les sondes et par la cautérisation: tout fait espérer un heureux succès. Lorsqu'il sera guéri nous en donnerons l'histoire détaillée.

§ 2. Cancer de la lèvre inférieure.

Marie-Anne Lacoste, âgée de trente-six ans, portait sur le menton une tumeur cancéreuse, étendue de haut en bas du bord libre de la lèvre inférieure à la base de la mâchoire qu'elle dépassait, et latéralement d'une commissure à l'autre. La tumeur n'était point pédiculée, elle était adhérente. M. Viguerie conçut l'idée d'enlever ce cancer en respectant le bord libre de la lèvre, pour y adapter un lambeau de peau pris à la partie antérieure du cou, et par ce moyen refaire la lèvre et le menton.

La malade fut opérée le 28 septembre 1833, assise sur une chaise, et maintenue par des aides; l'opérateur circonscrivit la tumeur par deux incisions demi-circulaires; la dissection du bord supérieur du cancer fut difficile, M. Viguerie voulant ménager, autant que possible, le bord libre de la lèvre, et la muqueuse qui la revêt à sa partie interne. Le reste de la tumeur adhérait à l'os, et fut enlevé sans difficulté. Alors le chirurgien fit, de chaque côté de la plaie, une incision parallèle à la base de la mâchoire, à égale distance de cette base et de la commissure des lèvres. Par ce moyen, il eut la facilité de disséquer un lambeau de peau placé sous le menton. Ce lambeau fut élevé à la hauteur du bord libre de la lèvre, et fixé dans cette position par trois points de suture. La plaie fut recouverte d'un plumasseau de cérat, et le tout fut maintenu par le bandage croisé du bec-de-lièvre.

Dimanche 29, vingt-quatre heures après l'opération, on défait la bande pour éviter une compression trop forte et trop long-temps soutenue.

Lundi, deuxième jour, tout l'appareil a été enlevé. Le bord libre de la lèvre est vermeil et un peu œdémateux; engorgement du tissu cellulaire sous-jacent; toute la peau relevée est rouge et luisante. Les angles internes et externes de la plaie sont réunis; on aperçoit une légère escarrhe autour du point de suture du côté gauche; on coupe le fil; peu de suppuration; la plaie est pansée avec un plumasseau de charpie recouvert de cérat; le tout est maintenu par une mentonnière.

État général très-satisfaisant; peu de fièvre. (Diète; bouillon de poule; limonade pour boisson.)

Mardi, troisième jour, la plaie est en bon état, la suppuration plus abondante, l'escarrhe du côté gauche est détachée, le gonflement est considérable, la peau est tendue et luisante; on coupe la ligature moyenne. (Même pansement; on couvre le menton d'un cataplasme; même régime.)

Mercredi, quatrième jour, la suppuration est abondante et de bonne nature. Les angles de la plaie sont réunis; la partie moyenne paraît plus écartée; les ligatures, quoique coupées de bonne heure, ont déchiré les bords de la plaie, ce qui lui donne l'aspect frangé; l'engorgement diminue; mais en pressant la peau qui recouvre le menton on fait remonter de la suppuration, qui vient s'échapper par la plaie. (Même pansement; même régime.)

Jeudi, cinquième jour, suppuration très-abondante; l'engorgement diminue; la peau n'est plus aussi enflammée; mais en la pressant, on fait échapper le pus étendu entre

la face antérieure de l'os maxillaire et la face interne du lambeau de peau relevé. Pas de réaction fébrile. (Même pansement ; même régime.)

Vendredi, sixième jour, M. Viguerie fait deux contre-ouvertures sur les côtés et à la face inférieure du menton ; ces incisions facilitent l'écoulement du pus. Depuis ce jour, la suppuration a diminué, la peau s'est recollée, la plaie primitive a fait des progrès vers la cicatrisation ; et le 20 octobre, la malade est sortie parfaitement guérie, portant à peine les traces de l'opération.

THÉRAPEUTIQUE.

—

DE LA KRÉOSOTE.

La crédulité est un des attributs de la faiblesse, et rien ne prouve mieux l'impuissance de l'art que l'engouement avec lequel les médecins épousent les espérances que fait naître l'invention d'un remède prétendu nouveau. Tant de spécifiques merveilleux sont venus successivement abuser le monde médical, que nous avons vu surgir la kréosote avec le scepticisme qui naît d'une funeste expérience ! Néanmoins, cette nouvelle *conquête* de la thérapeutique met tant d'esprits en émoi, que nous serions coupables envers nos lecteurs, si nous différions plus long-temps de lui consacrer un article spécial.

La *kréosote*, dont le nom, dérivé de deux mots grecs, signifie *conserver les chairs*, est donc une substance récemment trouvée par un habile chimiste allemand, M. Reichenbach, d'abord dans l'acide pyroligneux, puis dans le goudron. On connait les propriétés de ces dernières substances, et quant au goudron il est curieux, dans la conjoncture actuelle, de lire le long article Pix dans l'énorme *Dictionnaire de Médecine* de James, où, parmi de fastidieuses rapsodies, se rencontrent par ci par là de bonnes choses à recueillir. Or, vous pourrez y voir, « qu'on a retiré » du goudron une huile à laquelle, pour les grandes vertus » qu'on lui attribue, l'on a donné le nom de *baume de* » *poix ;* de plus, qu'en distillant la térébenthine et d'au- » tres baumes à un feu doux, il s'en élève un esprit acide » qui se mêle aisément avec l'eau, *agréable* esprit acide » qui est extrêmement réfrigératif, diurétique, sudorifique, » balsamique, ou *propre à préserver de la pourriture.* » Ce *baume* et cet *acide* ne sont certainement pas la kréosote telle que la présente M. Reichenbach, au moyen de procédés chimiques compliqués et fort délicats ; mais nous devions rappeler ces produits pour établir la marche progressive et, pour ainsi dire, l'évolution du nouvel agent thérapeutique. Quant à l'eau de goudron pure et simple, James s'étend encore avec complaisance sur ses mirifiques vertus, détaillées dans un ouvrage de George Berkeley, évêque de Cloyne, ouvrage imprimé à Amsterdam, sous le titre de *Recherches sur les vertus de l'eau de goudron.* Vous y voyez que cette eau préserve de la petite vérole, et que *tous* ceux qui ont usé de ce breuvage, en temps d'épidémies, ont échappé à la contagion ou survécu à la maladie ; bien plus, que ceux qui ont voulu contracter le mal, ont été obligés, pour réussir, d'interrompre l'usage de cette boisson : voilà, si je ne me trompe, un excellent succédané de la vaccine. En voulant l'essayer contre d'autres *impuretés du sang*, notre estimable évêque a vu l'eau de goudron *guérir avec rapidité les ulcères* et autres maladies de la peau ; une *ulcération d'entrailles* avec grandes douleurs, une toux avec expectoration purulente provenant d'*ulcère au poumon*, voir même la pleurésie, la pneumonie, l'érysipèle, l'asthme, la gravelle, l'hydropisie, la goutte.... Enfin, le goudron c'est la panacée universelle, c'est aussi l'or potable ; jugez-en par ce syllogisme : « Van Helmont a dit » que quiconque a mis le corps humain en état de dissoudre » la myrrhe, a trouvé le secret de prolonger les jours ; c'est » aussi l'opinion de Boerhaave, car la myrrhe empêche le » corps humain de se corrompre ; *or*, cette propriété ne » se remarque pas moins dans le goudron, dont les anciens » se servaient pour embaumer ; *donc*, etc. » Ce curieux article fourmille d'argumens de même force, dont nous regrettons bien de ne pouvoir égayer le lecteur. Et pourtant le bon évêque de Cloyne n'est pas le premier qui ait prôné les vertus merveilleuses du goudron, les anciens lui reconnaissaient à peu près les mêmes vertus : « *Asthmaticos et purulentes adjuvat*, dit Gallen, *abstergendi vim habet.... Glutinendis vulneribus aptior.* (Epitome Galeni. Per Lacunam, p. 1101.) » Arétée, Cœlius Aurélianus, etc., lui attribuent les mêmes propriétées, et l'on se rappelle qu'Hippocrate envoyait ses phthysiques respirer l'atmosphère résineux de quelques îles de l'Archipel. Or, la kréosote ne fait ni plus ni moins de miracles : elle guérit les *brûlures*, la *gale*, les *dartres*, la *gangrène*, la *carie*, les *ulcères scrofuleux*, les *chancres*, le *panaris*, l'*hémoptysie*, l'*odontalgie*, la *phthisie ;* et mieux que le fabuleux *népenthès* elle *cicatrise les plaies.* A Dieu ne plaise, que nous placions sur la même ligne les assertions de Berkeley et les expériences des savans expérimentateurs de nos jours ; ce que nous venons de dire n'était que pour confirmer le proverbe si connu du grand Salomon, et nous rentrons dans le sérieux.

La *kréosote* est un liquide huileux, incolore, d'odeur pénétrante et désagréable, de saveur brûlante, soluble à l'eau, ni acide, ni alcaline ; l'acide acétique est son dissolvant spécial. *Elle coagule l'albumine*, propriété sur laquelle son efficacité est rationnellement fondée ; elle conserve les viandes, ce qui rend très-probable qu'elle constitue le principe antiputride de l'acide pyroligneux, de l'eau de goudron, de l'eau empyreumatique ; et c'est ce qui lui a valu son nom. Son action est essentiellement délétère ; son application est généralement douloureuse, quoiqu'elle paraisse respecter les tissus sains. Nous ne décrirons pas les longs et minutieux procédés par lesquels on l'extrait du goudron et de l'huile empyreumatique : ces détails ne pourraient intéresser que des hommes habiles en chimie, et ceux-ci les connaissent déjà. Outre les essais avantageux que M. Reichenbach en a fait lui-même, ainsi que MM. Græfe de Berlin et Rigen de Gussen, dans les affections que nous avons énumé-

récs plus haut, plusieurs praticiens de la capitale disent en avoir obtenu d'heureux effets: le docteur Kunckel a guéri, en moins de six semaines, deux individus affectés d'ulcères syphilitiques de l'arrière-bouche rebelles à tout traitement depuis six mois; mais ces malades continuaient l'usage du mercure. Il a modifié avantageusement un vaste ulcère et une fistule très-chronique des membres inférieurs. M. Breschet a déterminé des changemens favorables, dans l'aspect d'un ulcère cancéreux du nez. Nous avons vu nous-même des ulcères scrofuleux prendre une physionomie favorable sous l'influence de l'eau kréosotée, M. Martin Solon a hâté par les cataplasmes arrosés d'eau kréosotée, la résolution d'un bubon vénérien tendant à la suppuration; mais il a fait prendre, sans avantages, à cinq phthisiques portant des cavernes constatées, des fumigations préparées avec huit onces d'eau et de vingt à soixante gouttes d'eau kréosotée, et administrées au moyen d'un flacon de Woulf. M. le docteur Téallier a lu dernièrement à la Société de médecine, un Mémoire contenant plusieurs observations d'application avantageuse de la kréosote, particulièrement dans certaines affections du col de la matrice. Mais tous ces essais, quelque satisfaisans qu'ils soient, sont loin de répondre aux espérances que les rapports allemands pourraient faire concevoir. Espérons que cette substance étant obtenue avec abondance par quelques pharmaciens français, nous aurons bientôt assez de documens pour établir un jugement positif à cet égard.

Rappelons, avant de terminer, que la kréosote peut être employée en topique, à l'état de pureté, dans certaines affections graves ou très-chroniques, mais qu'on l'emploie plus généralement à l'état d'eau kréosotée, qui se prépare en faisant dissoudre d'une à sept gouttes de kréosote pure par once d'eau distillée. Avec cette solution on imbibe des plumasseaux, on arrose des cataplasmes, on lave les plaies, etc. A l'intérieur on peut employer l'eau kréosotée en fumigations, ou la faire prendre à doses variables, dans des potions appropriées, à peu près comme les chlorures, dont elle paraît vouloir usurper les priviléges.

FORGET.

Emploi du laudanum dans les accouchemens.

Par M. le docteur LEVACHER.

Le 31 décembre 1831 je fus appelé en consultation à Sainte-Lucie, pour une dame en travail d'enfant; la tête placée en deuxième position, était engagée dans le petit bassin. Les eaux s'étaient écoulées depuis douze heures, les forces étaient épuisées et les douleurs avaient cessé; les bains et la saignée avaient été mis en usage. Je proposai l'application du forceps. Le médecin anglais qui me consultait voulut, avant d'en venir à ce moyen, essayer l'extrait gommeux d'opium, que j'ignorais être employé dans ces cas. Il fallut y acquiescer, d'autant plus que la femme et les parens s'opposaient à ma proposition. Cinq grains d'extrait gommeux d'opium furent administrés en deux pilules, de demi-heure en demi-heure. Les douleurs se ranimèrent, mais elles s'épuisèrent de nouveau. Le lendemain je fis l'application du forceps et je ramenai un fœtus mort, qui vint en même temps que le placenta; le cordon était si court que le mécanisme de la délivrance ne pouvait arriver autrement: l'impossibilité de l'accouchement et la mort de l'enfant se rapportaient probablement à ce vice de conformation.

Je m'informai dès-lors, auprès de plusieurs médecins anglais, s'il était d'usage chez eux d'employer les opiacés pour exciter les contractions de l'utérus. Sur leur réponse affirmative, je me décidai d'essayer ce médicament. Une occasion des plus opportunes m'en offrit bientôt la facilité.

Madame N***, l'une des mères de famille les plus recommandables de Sainte-Lucie, avait éprouvé, durant les premiers mois de sa grossesse, quelques légères hémorrhagies, aux époques qui correspondaient à ses menstruations. Les douleurs de l'enfantement eurent lieu le 10 de mars 1832. Peu de temps après la sortie des eaux, la tête de l'enfant s'était engagée franchement et en bonne position. Mais bientôt les douleurs s'éloignèrent et cessèrent entièrement; les inquiétudes et la frayeur leur firent place; l'on eut alors recours à mes soins. Une saignée du bras et un bain tiède, ne procurèrent aucun changement. Le calme devint parfait, et la mère, croyant que tout ne dépendait plus que d'elle seule, prit la ferme résolution de ne plus accoucher. J'eus recours à l'emploi du laudanum de Sydenham: j'administrai cette liqueur à doses rapprochées, jusques à la quantité de cent-soixante-dix gouttes dans l'espace de deux heures. Sous l'empire de ce médicament les douleurs se réveillèrent, et la délivrance eut lieu promptement, avec tout l'appareil de vigueur que l'on pouvait désirer.

J'ai eu l'occasion, depuis cette observation, d'employer ce médicament dans plusieurs cas d'inertie et d'épuisement de l'utérus, depuis la dose de cent jusques à celle de deux cents gouttes, et même davantage, et j'ai toujours réussi d'une manière tellement précise et évidente, que je pouvais annoncer et assurer d'avance mon succès.

Je ne balance pas à accorder au laudanum un avantage immense sur le seigle ergoté, dont l'effet, du reste, peut encore être contesté.

Le laudanum réussit toujours dans ces accouchemens: son action n'est concentrée que sur l'utérus; elle n'agit ni sur le sommeil, ni sur l'état de veille. Ce médicament excite et provoque les douleurs, et rien de plus, car, après la délivrance, l'on n'observe aucun phénomène qui puisse donner à penser que l'accouchement n'ait pas été déterminé naturellement.

Consultations chirurgicales de l'Hôtel-Dieu.

Hypospadias. — Réflexions sur cette maladie et son traitement. — Faits divers et curieux d'Hypospadias.

Par MM. les docteurs ALEXANDRE PAILLARD et MARX.

Un enfant est amené à la consultation de l'Hôtel-Dieu, dans le cours de septembre 1833, pour un vice de confor-

mation de l'urèthre. L'orifice de ce canal se trouvait à la face inférieure de la verge, à un pouce à peu près de l'extrémité du gland, qui était imperforé.

Lorsque cet enfant urinait, la verge étant dans la situation ordinaire, l'urine tombait dans une direction perpendiculaire à cet organe; quand la verge était pendante, l'urine était alors dirigée en arrière. Le jet d'urine était mince. L'évacuation était incomplète et se faisait avec effort. Jamais la vessie n'était vide, et chaque fois qu'on désirerait examiner le malade, on était sûr qu'il pourrait uriner devant vous, quoique, très-peu d'instans auparavant, d'autres personnes lui avaient fait répéter la même expérience.

La situation de l'orifice de l'urèthre ne devait point permettre à l'enfant d'être fécond; le sperme n'aurait pu être dirigé vers le col de l'utérus; cette raison, jointe à l'incommodité de ce vice de conformation, engagea M. *Dupuytren* à tenter de l'en guérir et de rétablir l'orifice du canal de l'urèthre sur le point du gland où il doit être, à l'aide d'un cautère en forme de roseau, chauffé à blanc, qui traverserait cet organe jusqu'au point de la verge où s'ouvre accidentellement ce canal. C'est le conseil qui fut donné et auquel les parens du petit malade se refusèrent.

Réflexions sur le vice de conformation nommé hypospadias, et le traitement qui convient dans cette maladie.

L'hypospadias est un vice de conformation contre lequel les anciens avaient recommandé diverses opérations, lorsque l'orifice anormal de l'urèthre est situé à la base du gland, ou qu'il n'est pas trop éloigné de sa base. On conçoit facilement que toute opération destinée à rétablir l'urèthre est inutile à tenter, lorsqu'il s'ouvre très-loin de cette extrémité de la verge, et, à bien plus forte raison, quand le vice de conformation est porté au point de laisser, au premier aspect, quelque doute sur la nature du sexe de l'individu, que l'urèthre enfin s'ouvre tout-à-fait au-devant des bourses ou au périnée.

Paul d'Egine conseillait de tailler et d'amputer l'extrémité du pénis, de manière à la terminer en forme de gland. *Galien, Albucasis, Fabrice d'Aquapendente, Dionis,* conseillent de perforer le gland, avec une feuille de myrte pointue, comme il doit l'être naturellement, puis d'introduire à demeure, dans le canal qu'on vient de faire, une canule de plomb assez longue pour aller au-delà de l'ouverture inférieure de l'urèthre. On rafraichissait ensuite les bords de l'ouverture naturelle, par de petites incisions, pour en procurer la cicatrisation. La canule restait jusques à parfaite guérison. D'autres auteurs conseillaient, quand l'ouverture est à la base du gland, de couper avec un bistouri le dessous du gland, et de le tailler comme une plume à écrire. De cette manière, selon eux, l'urine et la semence sortiront à plein tuyau, et seront éjaculées où elles doivent aller. *Amatus Lusitanus* introduisait un trois-quarts dans l'ouverture contre nature, et perforait le pénis de derrière en devant, jusques au point où l'ouverture doit naturellement se trouver. Les modernes ont abandonné toute espèce d'opération. *Sabatier* se prononce contre d'une manière absolue. M. *Richerand* se range du parti de ce célèbre chirurgien, et pense que le canal artificiel que l'on fait, doit nécessairement s'oblitérer.

Depuis très-long-temps on se bornait à ne pratiquer d'opération que lorsque l'orifice de l'urèthre au gland n'était oblitéré que par une simple membrane.

M. *Dupuytren* qui pense, malgré l'opinion de quelques auteurs, que les individus atteints d'hypospadias sont le plus ordinairement inféconds, s'écarta une fois des préceptes donnés par les auteurs, et n'a eu lieu que de s'en applaudir: sa conduite hardie et éclairée doit être imitée, quand les mêmes circonstances se présenteront.

Il y a douze ou quinze ans, un enfant (appartenant à une famille riche, et qui tenait beaucoup à ne pas laisser éteindre son nom, et craignait ce dernier malheur à ce rejeton) fut présenté à M. *Dupuytren;* il était atteint d'un *hypospadias.* Une ouverture très petite existait à la racine de la verge, et c'était par elle que toute l'urine passait, avec beaucoup de lenteur et de difficulté. Depuis ce point jusques à l'extrémité du gland, la verge était imperforée et ne présentait aucune trace de canal. M. *Dupuytren,* cédant aux instances des parens, se détermina à tenter un moyen pour guérir ce jeune enfant. Il introduisit un très-petit trois-quarts, qu'il fit construire exprès, depuis la partie antérieure et inférieure du gland, le long du trajet que devait affecter l'urèthre, jusques au point où existait l'ouverture contre nature. Un cautère en roseau, rougi à blanc, traversa et cautérisa ce trajet nouveau. Une inflammation des plus violentes s'empara de la verge; la gangrène menaça de la détruire, mais les antiphlogistiques, employés avec énergie, la prévinrent. Les accidens se dissipèrent, les escarrhes résultant de la cautérisation tombèrent, une suppuration abondante s'établit. Une sonde de gomme élastique fut alors introduite dans le canal artificiel, elle se continuait avec l'urèthre et pénétrait dans la vessie. Elle fut employée pendant trois mois. On cautérisa plusieurs fois l'orifice contre nature, avec le nitrate d'argent, et il s'oblitéra. L'urine coulait librement par le canal nouveau. L'enfant fut alors ramené à la campagne par ses parens. M. *Dupuytren* conseilla de continuer encore l'usage des sondes, jusques à parfaite cicatrisation du canal. Depuis, il n'a jamais entendu parler de ce malade qui, suivant toutes les apparences, est resté parfaitement guéri.

L'hypospadias, porté à un très haut-degré, a donné quelquefois lieu, ainsi qu'on le sait, à d'étranges méprises sur le sexe des individus qui en étaient atteints. L'hypospadias qui siége au périnée a fait souvent croire à l'hermaphrodisme; le scrotum est divisé en deux portions qui simulent les grandes lèvres; chacun de ses replis contient un testicule, quand ils sont sortis de l'abdomen; le pénis, peu développé, ressemble au clitoris, et le canal de l'urèthre, dont la division est très-alongée, représente l'orifice du vagin (1). M. *Dupuytren* a été témoin d'un fait de ce genre, des plus bizarres. Un individu, atteint d'un hypos-

(1) Plusieurs individus mâles, ainsi conformés, ont été pris pour des filles. *Sabatier* avoue lui-même s'y être mépris.

padias porté à ce point, avait été marié pendant quinze ou vingt ans, et regardé comme femme. L'acte de la copulation avait eu lieu, pendant tout ce temps, par le canal de l'urèthre. Ce n'est qu'au bout de ce temps qu'on reconnut que cet individu était un homme.

MEMOIRES ORIGINAUX.

—

HÉDECINE LÉGALE.

De la valeur des moyens proposés pour reconnaître le sublimé corrosif dans les empoisonnemens;

Par M. A DEVERGIE,

Agrégé près la Faculté de Médecine, Médecin du Bureau central.

Deux réactifs suffisent pour reconnaître le deuto-chlorure de mercure en dissolution concentrée : une lame de cuivre et le nitrate d'argent. Quelques gouttes de la dissolution répandues sur la lame, y font naître une tache grise, noirâtre, qui, essuyée, laisse à nu, une plaque brillante, d'un aspect argentin; c'est du mercure. Quant au nitrate d'argent qui sert à démontrer, dans ce composé, la présence du chlore, il donne, avec la dissolution de sublimé, un précipité de chlorure d'argent, blanc, lourd, cailleboté, insoluble dans l'eau, insoluble dans l'acide nitrique, et soluble dans l'ammoniaque. Le précipité blanc que l'on obtient dans la dissolution de nitrate d'argent, ne disparaît pas toujours par l'ammoniaque : c'est le cas où la quantité de nitrate d'argent employée pour précipiter la dissolution de sublimé, n'est pas assez considérable pour décomposer la totalité de cette substance. Alors le chlorure d'argent qui s'est formé, se dissout, il est vrai, dans l'ammoniaque, mais il est instantanément remplacé par un ammoniure de deutoxide de mercure et un deuto-chlorure ammoniacal blanc, grenu, qui peut d'autant mieux induire en erreur, que ce fait n'est pas signalé dans les traités de médecine légale. Ce précipité, traité par l'acide nitrique, de manière à saturer la totalité de l'ammoniaque, disparaît; il se produit du chlorure d'argent, qui devient entièrement soluble dans l'ammoniaque, et par conséquent sans qu'il puisse se former un nouveau précipité de deuto-chlorure ammoniacal et d'ammoniure de deutoxide de mercure, parce que l'excès de sublimé préexistant a été décomposé par l'ammoniaque primitivement employée dans le but de dissoudre le chlorure d'argent. Tous autres réactifs sont donc parfaitement inutiles. Cependant la plupart des auteurs de médecine légale les ont proposés pour reconnaître ce poison. Or, on sait que la potasse précipite la dissolution de sublimé corrosif en jaune rougeâtre (hydrochlorate de potasse et d'oxide de mercure) si la quantité de potasse employée est faible, et en jaune-serin (deutoxide de mercure) si la potasse est en excès; le sous-carbonate de potasse en rouge-brique; l'eau de chaux en jaune rougeâtre ou en jaune-serin, suivant la quantité de chaux employée. L'ammoniaque en blanc (deuto-chlorure ammoniacal et ammoniure de deutoxide de mercure); l'acide hydro-sulfurique et les hydrosulfates solubles en noir (sulfure de mercure); l'hydriodate de potasse en jaune rougeâtre devenant successivement couleur de chair et couleur carmin (deuto-iodure de mercure).

En médecine légale on n'éprouve jamais de difficulté à reconnaître un poison, alors qu'il est en dissolution concentrée. Mais les dissolutions étendues de beaucoup d'eau peuvent quelquefois offrir des doutes sur leur nature; ce sont surtout les poisons mêlés à des matières végétales ou animales qui présentent des difficultés réelles dans leur analyse. Aussi c'est sous ces deux points de vue que nous envisageons le sublimé corrosif dans ce Mémoire.

Dissolution de sublimé corrosif étendue d'eau.

Deux moyens ont été proposés pour reconnaître la dissolution de sublimé corrosif très-étendue d'eau. Le premier consiste à introduire la liqueur dans une fiole à médecine, à y ajouter de l'éther, de manière à former à sa surface une couche de plusieurs lignes d'epaisseur, à agiter les deux liqueurs, sans opérer leur mélange, et pendant un temps assez long pour que le contact de l'éther avec toutes les molécules du liquide ait cependant lieu. On met alors la liqueur en repos, et lorsque deux couches bien appréciables à l'œil se sont formées, on introduit le tout dans un entonnoir, avec précaution; on laisse écouler l'eau; on conserve l'éther dans l'entonnoir; on le fait évaporer pour obtenir le sublimé solide, que l'on reprend par l'eau pour en faire une dissolution concentrée, sur laquelle on agit avec les réactifs ordinaires.

Ce procédé est basé sur la propriété qu'a l'éther d'enlever à l'eau le sublimé corrosif; mais il s'agit de savoir s'il l'enlève en totalité, ce qui est le point important. M. Orfila a émis deux opinions opposées sur ce fait. Dans ses *Leçons de médecine légale*, 3e vol., 1833, on lit, page 105 : « L'éther enlève à l'eau la *majeure partie* du sublimé, et le liquide se partage, etc. »; et page 263 : « L'éther jouissant de la propriété d'enlever à ce liquide *tout* le deuto-chlorure de mercure qu'il tient en dissolution, etc. »

Pour nous cette question ne fait pas doute, et l'expérience suivante prouve qu'une partie de sublimé corrosif reste dans la liqueur : nous avons mis quatre gouttes de dissolution concentrée de deuto-chlorure de mercure dans cinquante grammes d'eau. Nous avons traité le liquide par l'éther; nous avons fait séjourner une pile d'or et d'étain dans l'eau épuisée par ce liquide, et nous avons encore obtenu des plaques mercurielles très-marquées. L'acide hydro-sulfurique, les hydro-sulfates solubles et le nitrate d'argent, précipitaient cette liqueur. Wenzel et Henry ont constaté le même fait.

Le second moyen est le suivant : On prend une lame d'or et une lame d'étain de même largeur (quelques lignes de largeur sur deux à trois pouces de longueur); on les tient appliquées l'une sur l'autre, en fixant leurs extrémités avec une soie ou un fil; on les contourne sur elles-mêmes, de

manière à leur donner la forme d'une spirale ; on les plonge dans la liqueur et on les y laisse séjourner pendant vingt-quatre à trente-six heures. On facilite l'action de cette pile en y versant une ou deux gouttes d'acide hydro-chlorique. Au bout de ce temps, la surface libre de la lame d'or est blanchie par du mercure, phénomène qui a lieu dans des espaces de temps variables ; suivant la concentration de la dissolution mercurielle.

Cette expérience ne devient concluante que lorsqu'on peut *isoler* le mercure de la lame d'or ; dans le cas contraire elle ne prouve rien, parce que la lame d'or peut acquérir une couleur blanche dans de l'eau faiblement aiguisée d'acide hydro-chlorique ou légèrement salée.

On a conseillé deux moyens pour s'assurer de la présence du mercure sur la lame ; le premier est basé sur la propriété qu'a l'acide hydro-chlorique concentré de dissoudre l'étain et de ne pas attaquer le mercure ; le second, sur la volatilisation facile du mercure, par l'action de la chaleur. Si, après avoir séparé la lame d'or d'avec la lame d'étain, on la touche avec l'acide hydro-chlorique, il faut souvent un espace de temps assez long pour opérer la dissolution de l'étain, ce qui peut induire en erreur les personnes qui sont chargées d'expertises médico-légales, tandis que, si l'on introduit la lame d'or dans un petit tube effilé à la lampe, et si l'on rassemble en globules visibles à l'œil le mercure volatilisé, il ne peut plus y avoir de doute.

Voici la manière dont M. Orfila s'exprime dans son *Traité de médecine légale*, sur la valeur de ce procédé :

« Nous avons obtenu des globules mercuriels visibles, surtout à l'aide d'une loupe, en distillant une lame d'or qui avait été blanchie dans une liqueur ne contenant qu'un 110ᵉ de grain de sublimé corrosif dissous dans un gros d'eau distillée. » Ce qui représente une liqueur au 7920ᵉ de sublimé.

On peut agir avec la pile dans des dissolutions beaucoup plus étendues. J'ai pris un liquide au 13824ᵉ de sublimé, j'y ai laissé séjourner la pile pendant quarante-huit heures, j'ai traité par l'acide hydro-chlorique la lame d'or qui était légèrement blanchie, et après l'avoir chauffée dans un tube effilé j'ai obtenu une couche mercurielle qui a pu donner des globules assez gros pour être déplacés du tube. Cette liqueur, traitée par les réactifs, précipitait légèrement en brun par l'acide hydro-sulfurique et l'hydro-sulfate d'ammoniaque ; elle donnait un nuage blanc avec l'ammoniaque ; les autres réactifs du mercure étaient sans effet sur elle. Il eût donc été impossible d'affirmer qu'elle contenait du mercure avec ces *seuls* caractères, s'il se fût agi d'une expertise médico-légale ; tandis que, avec la pile, il ne pouvait pas exister de doute. Mais j'ai pu aller beaucoup plus loin avec cet agent galvanique. Il a décélé la présence du mercure dans une liqueur au 20736ᵉ de sublimé, et dans une autre, au 60000ᵉ et au 80000ᵉ ; et je ne parle pas d'un changement de couleur de la lame d'or, mais bien du mercure recueilli et isolé par la sublimation.

Voulant savoir si, à l'instar des autres réactifs, la pile d'or et d'étain avait une valeur relative à la quantité d'eau qui tient en dissolution le sublimé, ou si, au contraire, elle agirait en raison de la quantité de sublimé qui se trouverait contenue dans la masse du liquide où serait placée la pile, j'ai pris un demi-grain de sublimé, je l'ai dissous dans trois livres et un quart d'eau (dissolution au 60000ᵉ) ; j'ai confectionné deux piles de même longueur et de même largeur ; j'ai mis l'une dans quatre onces de cette liqueur, et l'autre dans les trois livres restant. Au bout de deux jours, les deux piles offraient la même coloration, et toutes deux m'ont donné à-peu-près la même quantité de mercure, autant qu'on en peut juger dans des expériences où l'on agit sur des fractions aussi minimes. Les deux liqueurs avaient été aiguisées par l'acide hydro-chlorique.

J'ai repris alors les trois livres et quart de dissolution de sublimé dans lesquelles les piles avaient été placées. Je les ai soumises à une ébullition prolongée, et j'ai obtenu une liqueur assez concentrée pour précipiter abondamment par l'acide hydro-sulfurique et l'ammoniaque. Cette liqueur, filtrée et traitée par la pile, a donné beaucoup plus de mercure à la distillation que je n'en avais obtenu dans les deux piles précédemment employées, et la tache mercurielle s'est formée en quelques minutes ; tandis que, dans les liqueurs étendues, elle ne commençait à être sensible qu'après vingt-quatre heures ; d'où j'ai conclu qu'il y avait tout lieu de croire que la pile agissait absolument comme tout autre réactif, c'est-à-dire que, quoique un liquide contînt du sublimé, il pouvait ne pas en démontrer la présence, si la quantité d'eau était trop considérable.

De ces expériences nous déduisons les deux faits suivants : 1° La pile est un réactif aussi sensible que le meilleur réactif du sublimé ; 2° elle agit à la manière des autres réactifs, en sorte qu'elle pourrait ne pas démontrer l'existence du sublimé dans un liquide qui en contiendrait des quantités minimes, ou qui contiendrait du sublimé en quantité très-notable, mais étendue dans beaucoup d'eau. Ce qui va nous conduire à proposer pour ces sortes de cas un autre mode opératoire.

Voulant connaître quelle pouvait être la valeur comparative des réactifs du sublimé corrosif, je les ai essayés dans diverses dissolutions plus ou moins étendues d'eau, et je suis arrivé aux résultats suivans : Le moins sensible est l'hydro-cyanate ferrure de potasse ; il n'occasionc plus qu'un léger nuage dans la dissolution de sublimé à un 1000ᵉ ; il ne précipite plus lorsqu'elle est à un 1500ᵉ. Après lui, vient l'eau de chaux : déjà à un 3000ᵉ un nuage blanc tarde à se former, et à un 4000ᵉ ce réactif cesse de troubler la liqueur. La potasse ne produit qu'un faible nuage dans la dissolution au 6000ᵉ. Cet effet est nul quand elle est à un 7000ᵉ. Le sous-carbonate de potasse a la même valeur que la potasse ; l'hydriodate de potasse précipite encore à un 7000ᵉ, mais le moindre excès de réactif dissout le précipité ou s'oppose à sa formation. L'hydro-sulfate d'ammoniaque agit encore lorsque la dissolution est à un 28000ᵉ. L'acide hydro-sulfurique précipite la dissolution à un 35000ᵉ ; à cette époque, il ne se forme plus immédiatement de précipité : mais une dissolution de sublimé à un 60000ᵉ peut encore être colorée faiblement par ce réactif ; l'ammoniaque s'arrête à un 36000ᵉ. Outre ces réactifs, il en est un qui serait beaucoup plus sensible et qui devrait nécessairement leur être préféré, s'il n'avait pas l'inconvénient de se décomposer dans une grande quantité d'eau : ce réactif est le proto-chlorure d'étain. Il a encore donné un nuage dans une dissolution de sublimé au

80000e. Pour éviter l'inconvénient de la décomposition du proto-chlorure d'étain par l'eau seule, il faut avoir le soin d'aiguiser la liqueur que l'on suppose contenir le sublimé, par l'acide hydro-chlorique : c'est en agissant de cette manière que nous avons reconnu la limite de ce réactif; sans cette précaution on ne saurait lui en trouver. Il peut donc servir de pierre de touche dans une analyse. Il résulte de ces expériences sur la sensibilité des réactifs du sublimé, comparées à celles que j'ai citées à l'occasion de la pile de Smithson, que ce dernier agent doit leur être préféré dans tous les cas, car l'acide hydro-sulfurique et le proto-chlorure d'étain, qui ne sont pas plus sensibles que cette pile, donnent en résumé des caractères insuffisans pour prouver l'existence du mercure. La pile est donc, dans tous les cas, l'agent le plus puissant. Le caractère qu'il fournit, réuni à celui que donne le nitrate d'argent dans les liqueurs les plus étendues, est l'indice certain de la nature du composé sur lequel on expérimente.

La volatilisation du deuto-chlorure de mercure par la chaleur, a sans doute éloigné les auteurs de médecine légale de proposer la concentration de la dissolution étendue, dans la crainte de faire perdre au liquide, par évaporation, le sublimé qu'il renferme. Afin de nous assurer jusqu'à quel point ce procédé pourrait avoir des inconvéniens, et de nous assurer aussi s'il ne pourrait pas être préféré aux autres, nous avons fait les expériences suivantes : Six grains de sublimé ont été dissous dans quatre onces d'eau ; la liqueur a été évaporée lentement jusqu'à siccité, d'abord au bain de sable, puis au bain marie ; le résidu, pesé avec la capsule à évaporation, a donné exactement le poids du sublimé employé.

Un quart de grain de sublimé à été dissous dans huit onces cinq gros et demi d'eau distillée, c'est-à-dire que la liqueur était au 20000e. Nous l'avons soumise à la distillation ; les produits distillés ont été fractionnés au fur et à mesure de la distillation, et l'acide hydro-sulfurique versé dans chacune d'elles n'a pas amené le moindre changement de couleur. Le résidu de l'évaporation, qui pouvait représenter une demi-once de liquide, précipitait par l'acide hydro-sulfurique et l'ammoniaque. La pile était immédiatement influencée et donnait du mercure par distillation.

Enfin, dans l'expérience citée plus haut à l'occasion de la pile, où un demi grain de sublimé fut dissous dans trois livres et un quart d'eau, l'évaporation eut lieu dans un vase large, et à une ébullition soutenue ; on a vu que les résultats ne pouvaient guère faire supposer une volatilisation du sublimé.

D'où il suit, 1° que l'emploi de l'éther, pour reconnaître la dissolution étendue de sublimé corrosif, doit être rejeté comme moyen trop peu sensible.

2° Qu'à défaut de réaction de la pile et des autres agens, on ne doit pas affirmer qu'il n'existe pas de sublimé dans une liqueur, mais qu'il faut la concentrer, l'évaporer à siccité et au bain marie, et reprendre par l'eau pour présenter un résultat négatif certain.

3° Que de tous les moyens de reconnaître le sublimé en dissolution étendue, c'est la concentration de la liqueur par l'évaporation. Que ce moyen est beaucoup plus sûr, parce qu'alors on peut placer successivement dans la liqueur concentrée plusieurs piles, et obtenir une plus grande quantité de mercure. Il serait même beaucoup plus simple de ramener le sublimé à l'état solide.

La suite au prochain numéro.

DES MALADIES DES COLONIES EN GÉNÉRAL.

Des Maladies qui frappent tout l'organisme ou plusieurs appareils d'organes (1).

Par le docteur LEVACHER.

§ 1. *De l'intermittente double-tierce sub-intrante. — Conditions organiques qui peuvent en favoriser le développement.*

Les intermittentes de ce type, très-funestes pour les Européens qui arrivent dans les colonies, ne respectent pas toujours les habitans de ces pays. Les Créoles qui ont été long-temps absens de leur patrie y sont plus sujets à leur retour ; alors on les nomme ordinairement fièvres d'acclimatement ; tandis que les Européens chez qui prédominent le tempérament sanguin et l'appareil gastrique sont frappés par la fièvre jaune, avec laquelle ces intermittentes semblent, par un examen superficiel, offrir quelques rapprochemens. Cependant, depuis les observations et les travaux de nos honorables confrères qui ont exercé dans les colonies et sur le continent d'Amérique, il n'est plus permis de méconnaître les traits pathognomoniques de la fièvre jaune, ni d'adopter ces rapprochemens qui induisirent en erreur le docteur Pugnet, durant le court séjour qu'il fit à Sainte-Lucie. En effet, ce médecin crut y observer trois espèces de fièvres jaunes. (*Voyez* Pugnet, p. 380.) « Les » indigènes, dit-il, la contractent sous son mode tierçaire ; » les étrangers d'un tempérament faible, sous son mode » rémittent (*ce qui n'est que la double-tierce sub-* » *intrante*); et les nouveaux débarqués robustes, avec » tout son appareil de continuité (*fièvre jaune*). Ces types » différens, dit cet auteur, ne sont que des modifications » qui reconnaissent une même cause, offrent les mêmes » caractères essentiels, et cèdent aux mêmes moyens » curatifs : c'est la fièvre jaune, quoique l'ictère ne se » manifeste pas toujours. »

Je n'ai rien observé de semblable à Sainte-Lucie. J'y ai vu des doubles-tierces se montrer toujours fort graves ; des quotidiennes prendre le caractère sub-intrant ; des tierces devenir hémitritées et même doubles-tierces en peu de jours, et les quartes et les octoanes conserver leur type régulier.

Dans les cas où l'ictère ne se présente pas, il est d'ail-

---

(1) Extrait d'un ouvrage inédit intitulé : *Guide médical des Antilles.*

leurs des diagnostics différentiels qui ne peuvent permettre cette erreur : les vomissemens bilieux et porracés appartiennent aux intermittentes doubles-tierces sub-intrantes, tandis que les vomissemens noirs et l'hematurie sont propres à la fièvre jaune. Dans les intermittentes, la nature des sueurs est encore particulière, et dans la fièvre jaune les vomissemens noirs dégagent souvent des exhalaisons fades et ammoniacales, qui indiquent, à l'approche du lit d'un malade, la terrible affection qui le tourmente ; ce qui n'a pas lieu pour les vomissemens porracés.

Lorsque les chambres sont étroites et peu aérées, ces exhalaisons s'attachent au linge, aux papiers et aux vêtemens des assistans. Le docteur Evans, mon collaborateur et dont la clientelle s'unissait à la mienne, oublia, chez un malade atteint de fièvre jaune, des observations que je venais de lui prêter. Ces feuilles séjournèrent vingt-quatre heures dans la chambre du malade ; et lorsqu'il me les remit nous pouvions l'un et l'autre constater qu'elles étaient fortement imprégnées de l'odeur des vomissemens noirs.

L'exsudation sanguine, à l'ouverture des cadavres, peut être encore considérée comme un des phénomènes de la fièvre jaune, qui, comme toutes les autres maladies, sévit à certaines époques, sur certains tempéramens, et dans des lieux différens avec plus ou moins d'intensité. Il nous est arrivé plusieurs fois, dans les autopsies cadavériques, de voir le sang s'écouler avec une telle abondance et avec une si grande facilité, que lorsque nous commencions notre opération par une incision circulaire autour du cuir chevelu, dans le but de découvrir et de scier le crâne, nous étions contraints de nous arrêter, tant nous étions contrariés par la présence de ce fluide qui coulait en nappe, et qu'il fallait continuellement étancher ou recevoir dans des vases convenables. Ce sang paraît décomposé ; il est pâle et roussâtre ; lorsque l'on en dépose dans un verre il se coagule promptement, et les bords du vase se colorent en jaune. L'on retrouve alors les organes et les cavités entièrement décolorés et comme lavés ; les poumons, l'aorte, le cœur lui-même sont vides, anémiques et présentent une légère teinte jaunâtre. Les autres altérations sont trop connues pour être retracées ici. Revenons aux intermittentes doubles-tierces sub-intrantes, qui ne doivent plus offrir pour nous aucune similitude avec la fièvre jaune.

Début. — Progrès. — Symptômes. La double-tierce sub-intrante débute assez ordinairement avec la fraîcheur du matin. Elle est précédée par un malaise général, par la pâleur des traits, par un frisson intense et long, suivi d'une grande chaleur. Dès le premier accès le pouls s'élève de 120 à 150 pulsations ; la langue est légèrement bilieuse. Nausées, vomissemens simples, accablement, horripilations. Urines rouges et briquetées vers la terminaison de l'accès.

Les traits restent égarés et profondément altérés, le pouls demeure irrégulier, et le malade éprouve une douleur contusive dans les articulations et dans les lombes. Le lendemain, avec le redoublement, apparaissent des symptômes plus graves et fort alarmans.

Les nouveaux arrivés ont des vomissemens verdâtres, à dépôt porracé, d'un vert souvent noirâtre, et les acclimatés n'ont, la plupart du temps, que des vomissemens bilieux. Le pouls est petit, inégal ; céphalalgie sus-orbitaire, douleur des lombes et des hypochondres, suspension des urines, peau brûlante et transmettant aux doigts une impression particulière ; évolution, soupirs, plaintes à chaque inspiration ; langue saburrale, large et épaisse, quelquefois légèrement colorée sur les bords, rarement épaisse et pointue ; soif, nausées continuelles, vomissemens, fatigue. La tisane est rejetée avec une couleur, ou jaune ou porracée, presque aussitôt après son ingestion ; délire vague, loquace, injection des conjonctives ; face tantôt animée, tantôt abattue, toux sèche ; les yeux sont quelquefois brillans et humides. Aux approches de l'intermittence, ces symptômes se dissipent plus ou moins, et le malade est inondé de sueur. *Le troisième jour. Deuxième accès.* Quatre à six heures d'intermittence, durant lesquelles le pouls conserve une agitation qui tient aux désordres précédens. Alors retour de l'accès, le plus ordinairement sans frisson ; plaintes, inquiétudes, cris ; douleurs et coliques dans la région ombilicale, selles diarrhéiques, ou plus rarement constipation opiniâtre ; perte totale de connaissance. Ces désordres s'aggravent encore avec le redoublement qui suit cet accès, à une heure, à une demi-heure d'intervalle. *Au troisième accès*, le stade d'intermittence est encore plus court : souvent au quatrième ou au cinquième accès, et quelquefois plus tôt, si la médecine est inactive ces fièvres ébranlent profondément le système nerveux, l'encéphale et ses enveloppes, étendent leurs ravages sur le canal intestinal, et revêtent le type pernicieux continu. Leur terminaison fatale arrive alors aussi promptement que celle de la fièvre jaune ; mais leur début, leur marche, leurs symptômes et leurs altérations matérielles sont loin d'offrir le moindre rapprochement.

Causes occasionelles. Réunies et concentrées dans les colonies, ces causes y sont toujours endémiques et soumises aux constitutions atmosphériques. Les pluies qui suivent la sécheresse, le commerce immodéré des femmes, l'épuisement des sueurs, les chagrins, les veilles, l'insolation, les excès de la table, comme aussi une mauvaise nourriture, l'abus des bains froids de rivière favorisent également leur développement.

Moyens prophylactiques. Lorsque l'on a acquis la conviction que, dans les pays chauds, la sagesse et les excès sont mieux comptés, relativement à la santé, que sous les climats tempérés, et que l'homme y recueille tôt ou tard leurs suites heureuses ou affligeantes ; la prophylaxie y devient la partie la plus intéressante de la médecine. Les moyens que je conseille, non-seulement comme préservatifs de des intermittentes, mais encore de toutes les maladies ces colonies, sont : la propreté des vêtemens et du corps, un exercice modéré, le réveil avec le jour, afin de jouir de la fraîcheur du matin ; les ablutions dans l'eau légèrement tiède, dans l'eau de mer, rarement et pendant quelques momens seulement dans les eaux vives et courantes. L'entretien de la liberté du ventre ; l'habitude insensible et graduée de l'insolation, qui devient nécessaire à acquérir dans un pays où le soleil domine et se rencontre partout ; l'usage de la flanelle, une nourriture réparatrice et des vins généreux ; l'habitation dans une maison aérée ; la privation des boissons trop froides et acidulées, ainsi que des liqueurs spiritueuses.

Ces règles conviennent non-seulement aux étrangers, mais encore aux acclimatés et aux Créoles mêmes. Malheur toujours à l'Européen qui s'abandonne en débarquant à des excès nouveaux et faciles, ou qui, par des craintes mal fondées, changeant subitement ses habitudes, se livre à une abstinence trop sévère, que la peur et les regrets empoisonnent sans cesse! Heureux, au contraire, celui qui, sachant mesurer ses desirs à son tempérament, possède assez d'expérience pour savoir retenir ses forces, ou les dépenser à propos et avec prudence!

Thérapeutique. Elle consiste dans les moyens suivans, qui sont adoptés ou modifiés selon les indications de la maladie.

Lorsque le premier stade de chaleur est accompagné de congestions cérébrales, de menaces d'inflammation des membranes du cerveau, l'on emploiera séparément ou conjointement les sangsues et la saignée, les lavemens laxatifs ou purgatifs; pendant l'application des sangsues on peut mettre le malade dans un bain tiède, et, au sortir du bain, faire appliquer des sinapismes sur les extrémités inférieures, ou les recouvrir souvent de cataplasmes chauds et émolliens; favoriser l'arrivée des sueurs, en couvrant le malade et en évitant dans sa chambre tout courant d'air; prescrire des boissons émollientes et nitrées, composées avec l'*herbe grasse*, la *roquette sans piquans*, et acidulées avec le jus de citron ou un acide minéral. Le lendemain, si la langue est devenue pâteuse et saburrale, un vomitif avec l'ipécacuanha est ordinairement suivi de bons effets. Lorsqu'il s'est écoulé quatre à cinq heures après l'effet du vomitif, sans l'apparition du deuxième accès, l'on peut administrer le sulfate de quinine à haute dose, ou en remettre l'emploi à la deuxième intermittence. Dans ce dernier cas, le médecin doit surveiller lui-même le moment de l'intermittence, pour en profiter avec plus de succès. Lorsqu'il juge nécessaire de ne pas recourir à l'administration de l'ipécacuanha, le mélange de huit grains de calomel et de vingt cinq grains de sulfate de quinine, divisé par prises ou pilules de trois grains chaque, et donné dans l'intermittence de demi-heure en demi-heure, prévient le retour de l'accès et procure une douce liberté du ventre.

Lorsque la perte de la connaissance a lieu dès le premier ou le deuxième accès, ces moyens doivent être plus énergiquement employés. On peut leur adjoindre des demi-lavemens de quinquina et l'application d'un large vésicatoire sur le centre cérébro-spinal, ainsi que des frictions largement étendues d'éther acétique et d'une dissolution de sulfate de quinine. Car, dans ces momens, le praticien doit se garder surtout d'attendre pour agir, et doit tout disposer pour profiter rapidement de la courte durée d'une intermittence sub-intrante, après laquelle le paroxisme ne tarderait pas à le surprendre et ne lui laisserait que des regrets superflus. Malgré les désordres et l'ébranlement pernicieux que ces accès impriment à toute l'économie, il est rare que, en suivant attentivement leurs progrès, on ne parvienne à les maîtriser dès le troisième accès. L'effet de la quinine les combat et les bouleverse tellement, que j'ai vu plusieurs fois un dernier accès, après de fortes doses de ce médicament, sévir plus violemment que jamais pour disparaître ensuite au redoublement et ne plus se montrer. L'on reconnaîtra cet effet particulier, qu'il faut se donner bien de garde de confondre avec la marche pernicieuse et le danger croissant de ces intermittentes, lorsqu'avant l'accès l'on aura eu le temps d'administrer d'assez hautes doses de sulfate de quinine pour pouvoir être rassuré contre ces symptômes qu'il faut regarder comme la dernière lutte et les derniers efforts d'une affection vaincue. Si, dans la dernière convalescence, la langue est animée et la soif prononcée, il faut continuer l'usage des tisanes émollientes ou rafraîchissantes, avoir recours au régime diététique et n'accorder que des alimens légers et de facile élimination. Si, au contraire, la langue est saburrale, il sera toujours convenable de prescrire quelques laxatifs et de continuer plus long-temps l'usage de la quinine.

CHIRURGIE PRATIQUE.

—

ABSENCE COMPLÈTE DU VAGIN.

Opération pratiquée par M. AMUSSAT. — *Succès.*

Observation communiquée par le docteur PETIT, de l'île de Ré (1).

Mademoiselle K., Allemande, âgée de seize ans, d'une bonne constitution, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de la puberté. A cette époque, elle éprouva de violentes coliques et des douleurs de reins qui durèrent plusieurs jours. Ces douleurs ressemblaient à celles de l'accouchement. Les médecins qui la virent crurent d'abord à une obstruction de quelques viscères de l'abdomen, et la traitèrent en conséquence. Mais un mois ou cinq semaines plus tard, les mêmes accidens s'étant renouvelés, et le ventre ayant acquis du volume, le médecin ordinaire de la malade pensant que tous ces phénomènes pouvaient dépendre de quelque obstacle à l'écoulement des règles, examina les organes génitaux, et reconnut une oblitération du vagin. Comme à chaque époque menstruelle les accidens se répétaient, que le ventre augmentait de volume, il fut décidé que la jeune personne serait conduite à Paris, pour y être soumise à une opération, s'il y avait possibilité. Le 27 février 1832, dix-huit mois environ après l'apparition des premiers accidens, MM. Boyer, Marjolin, Magendie et Amussat, ayant examiné mademoiselle K., en présence de son médecin ordinaire, la trouvèrent dans l'état suivant: constitution bonne, mais affaiblie, teint décoloré; le ventre présente à sa partie inférieure une tumeur volumineuse, dure, sensible à la pression, et qui semble être due à un développement de l'utérus. Toutes les parties extérieures

---

(1) Nous recommandons ce fait à nos lecteurs; nous le donnons avec tous ses détails, parce qu'il doit rester dans la science. (*Note du Réd.*)

de la génération sont parfaitement conformées, mais l'orifice du vagin est complétement oblitéré. La surface concave qui correspond à cet orifice est lisse et comme tapissée par une membrane muqueuse. Une sonde droite ayant été introduite dans l'urèthre, on ne put la faire pénétrer dans la vessie, qu'en la dirigeant très-obliquement et en haut. En plaçant le doigt dans le rectum, on sentait la sonde à travers des parties très-minces; ce qui fit penser qu'il y avait *absence complète du vagin*, du moins de la partie inférieure. A deux pouces environ de l'anus, le doigt introduit dans le rectum sent une tumeur volumineuse qui occupe l'excavation du bassin. Elle est tendue, fluctuante; ses parois paraissent très-lisses. Après cet examen, les consultans furent partagés d'opinion sur le mode d'opération à tenter pour délivrer la malade. M. Boyer, se fondant sur ce qu'il croyait qu'il y avait absence complète du vagin, était d'avis d'attendre, parce que toutes les opérations qui avaient été tentées jusqu'alors pour des cas analogues, avaient été malheureuses. MM. Marjolin et Magendie étaient d'avis d'attaquer la tumeur par le rectum. M. Amussat proposa de tenter, avant tout, d'opérer un décollement entre l'urèthre et le rectum, pour s'assurer si le vagin manquait dans toute son étendue, et d'attaquer la tumeur par cet endroit, si on pouvait parvenir jusqu'à elle. Cette opinion étant partagée par le médecin ordinaire, Mlle K. fut entièrement confiée aux soins de M. Amussat. Le 29, dans un nouvel examen que fit ce chirurgien, il s'aperçut qu'en pressant fortement avec le petit doigt, dans l'endroit correspondant à la fosse naviculaire, les tissus cédaient sans se déchirer, et qu'il restait une petite excavation, dans laquelle il fit placer un morceau d'éponge préparée. Le 2 mars, à l'aide de deux doigts poussés fortement dans la petite excavation dont nous avons parlé plus haut, il parvint à déchirer cette espèce de membrane muqueuse qui se trouvait à l'orifice du vagin. Derrière était un tissu cellulaire lâche, qu'il déchira progressivement de la même manière les jours suivans. De sorte qu'il parvint ainsi à former un conduit, qu'il tenait dilaté à l'aide de petits morceaux d'éponge préparée. Les tentatives qu'il faisait pour opérer le déchirement des tissus étaient douloureuses, mais la malade les supportait avec courage. Ce qui avait engagé M. Amussat à user de ses doigts plutôt que du bistouri, c'est que chez deux jeunes filles, dont la partie inférieure du vagin était oblitérée, il avait complétement réussi en déchirant les tissus au lieu de les inciser.

M. Amussat m'ayant choisi pour l'aider dans l'opération qu'il se proposait de faire, je vis avec lui mademoiselle K.. le 7 mars. Voici ce que j'observai alors. Pour sonder la malade, il fallait diriger la sonde vers l'ombilic. Le doigt placé dans le rectum sentait une tumeur volumineuse, tendre, fluctuante, à parois minces, qui occupait l'excavation du bassin. Au-dessous de l'urèthre on apercevait l'orifice du conduit artificiel pratiqué par M. Amussat. L'introduction du doigt dans ce conduit était plus douloureuse que la veille, ce qui pouvait tenir à ce qu'on avait négligé d'y placer de l'éponge. Le doigt, qui deux jours auparavant, pénétrait à trois pouces dans ce conduit, ne pénètre plus qu'à deux. A cette distance on sent un corps, qui, pour le volume et la dureté, ressemble au col utérin; mais il n'existe pas d'ouverture au centre. Le 8, ce corps, dans les mouvemens d'expulsion que l'on fait faire à la malade, semble descendre vers la vulve; et la tumeur, qui fait saillie dans le rectum, se rapproche de l'anus.

Le vendredi 9, la malade étant bien décidée à l'opération. M. Amussat, après s'être assuré par l'introduction du doigt dans le conduit artificiel, que le corps dont nous venons de parler était à peine à deux pouces de la vulve, et après avoir acquis la conviction, par le cathétérisme, que cette espèce de tumeur était entièrement indépendante de la vessie, se décida à faire l'opération, qu'il pratiqua de la manière suivante: La malade étant assise sur le bord de son lit, les jambes fléchies et soutenues sur deux chaises, l'opérateur fit écarter, autant que possible, les lèvres génitales; il introduisit jusqu'à la tumeur, par le conduit artificiel, l'indicateur de la main gauche, qui lui servit à guider un petit stylet trois-quarts, qu'il fit pénétrer de plus de six lignes dans cette tumeur, qui semble formée d'un tissu fort dur et de plusieurs lignes d'épaisseur. Cependant l'instrument s'était fait jour jusque dans la cavité de la tumeur, car lorsqu'on le retira il sortit quelques filets d'un sang noir. Comme l'opérateur avait inutilement tenté d'enfoncer la canule du trois-quarts dans la tumeur, et que d'ailleurs cette canule étant fort étroite n'aurait pu donner passage à des caillots, il crut devoir recourir au bistouri. Après avoir, de nouveau, constaté la position de la vessie et du rectum, il prit un bistouri droit à lame étroite muni d'une boulette de cire, et garni d'une bandelette de linge jusqu'à un pouce de son extrémité, le fit pénétrer à plat sur la face dorsale de l'indicateur, jusqu'à la tumeur dans laquelle il le plongea. Il sortit alors du sang gluant, noirâtre, épais, qu'on ne peut mieux comparer qu'à du chocolat à l'eau et fort épais. M. Amussat espérait pouvoir, à l'aide de l'ongle, élargir cette ponction, mais la dureté des tissus rendant toute tentative inutile, il l'agrandit transversalement avec un bistouri boutonné. Il put alors introduire le doigt dans cette plaie. Il reconnut un large kyste, à parois dures et lisses; mais cette manœuvre fut excessivement douloureuse pour la malade, qui eut dans ce moment comme une espèce d'accès de désespoir. Le doigt ayant été retiré, il sortit de dix à douze onces de ce sang noirâtre, gluant, dont nous avons parlé plus haut. La tumeur du ventre parut alors diminuer sensiblement.

M. Amussat voulut ensuite explorer la cavité dans laquelle il avait pénétré, pour s'assurer si c'était celle de l'utérus, ou la partie supérieure du vagin. Mais les douleurs que cette exploration causait à la malade étaient telles, qu'elles forcèrent l'opérateur à cesser toute recherche avant d'avoir acquis une certitude à cet égard. Après avoir retiré le doigt, il plaça dans l'incision une grosse canule de gomme élastique garnie de linge, et qu'il fixa par des cordons attachés à un bandage de corps.

La malade replacée dans son lit passa bien le reste de la journée. Elle demanda même à prendre un bouillon à l'heure du dîné. Le sang continua à couler par la canule; la malade urina plusieurs fois sans douleur; l'urine était naturelle. (Boisson acidulée.) Le 10, la nuit a été assez calme, mais la malade avait une grande tendance à l'assoupissement. Au matin, le pouls est fréquent, sans beaucoup de

chaleur à la peau. La malade est faible et toujours assoupie. Deux injections sont pratiquées dans la cavité de la tumeur, et entraînent avec elles encore du sang. Depuis l'opération, il s'en était écoulé environ deux livres. Dans la soirée, fréquence extrême du pouls, peau chaude, assoupissement. Cependant il ne se manifeste aucune douleur dans le ventre. La région hypogastrique s'est affaisée. L'intelligence est intacte. (Diète absolue; boissons acidulées.) Le 11, la nuit a été meilleure qu'on ne l'espérait, cependant la fièvre et l'assoupissement continuèrent. La fièvre ayant considérablement augmenté dans la soirée, on supprima la canule. A dix heures, vomissement glaireux, selles bilieuses précédées de tranchées violentes et de l'expulsion d'une grande quantité de gaz. Le 12, prostration des forces, pouls faible, petit et très-fréquent. Douleur abdominale très-vive, particulièrement vers la fosse iliaque gauche et le creux de l'estomac qui paraît comme bombé; envie de vomir; assoupissement presque continuel; intelligence intacte. M. Magendie, appelé en consultation, juge l'état de la malade fort grave. On remplace les boissons acidulées par des tisanes mucilagineuses; dix sangsues sont appliquées sur la fosse iliaque gauche. Quant elles furent tombées, il y eut une amélioration sensible. La fièvre et l'assoupissement diminuèrent, les envies de vomir disparurent. La malade accusait un sentiment de chaleur dans l'œsophage. Pour faciliter la sortie des gaz qui la tourmentaient, on introduisit une canule de gomme élastique dans le rectum. Le soir, sur la proposition du docteur Sichel, on fit sur le ventre une friction avec deux gros d'onguent mercuriel. Le 13, la nuit a été assez bonne; le ventre est toujours douloureux. (Friction mercurielle de deux gros.) La malade l'ayant demandé elle-même, M. Amussat examina les parties opérées: il reconnut que la suppuration était établie; elle était même assez abondante. Vers le milieu de la journée la fièvre s'allume, il survient des nausées. M. Amussat applique lui-même quinze sangsues sur la fosse iliaque gauche où on sentait une dureté qui s'étendait en haut vers l'épigastre. La malade était si faible qu'on fut obligé d'arrêter promptement les sangsues. Dans la soirée, on fit deux frictions de deux gros d'onguent mercuriel. Le 14, la nuit a été assez bonne. La malade est moins faible, la fièvre a diminué. On la change de lit vers le soir; il se manifeste quelques symptômes hystériques. M. Amussat sonde le vagin artificiel, pour l'entretenir ouvert par le rectum, il parvint à toucher l'utérus, qui lui parut dur et volumineux. Le 15, même état. Le 16, à deux pouces de l'anus et dans la direction de l'utérus, le doigt sent un corps dur. La salivation, qui s'était manifestée après quelques frictions, s'arrêta. Le 17, il y eut quelques évacuations qui affaiblirent la malade; M. Amussat introduisit dans l'ouverture qu'il avait pratiquée, une sonde flexible, portant une petite arrête à deux pouces de son extrémité, pour qu'elle se tint en place. Le 18, mademoiselle K. eut trois selles bilieuses, et rendit par l'anus *une assez grande quantité de sang en tout semblable à celui qui était sorti après l'opération.* Le même phénomène se répéta plusieurs fois les jours suivans.

Du 18 mars au 1er avril, le mieux se soutint; cependant il y avait toujours de la faiblesse et un peu de fièvre sur le soir. M. Amussat dilata, à l'aide de canules de plus en plus volumineuses, les parties opérées, et s'assura que la tumeur qui occupait le bas-ventre diminuait considérablement, et que l'utérus revenait à son état naturel. Le 1er avril, la nuit a été mauvaise. Le matin, l'hypogastre et l'épigastre sont douloureux; il y a des envies de vomir; il y a de la fièvre. Cinq sangsues sont appliquées sur chaque point douloureux, et après leur chute on fait sur le milieu du ventre, dans le courant de la journée, deux frictions mercurielles de deux gros. Le 2, amélioration sensible. M. Magendie, appelé en consultation, trouve la malade dans un état satisfaisant. Le 6, l'appétit se déclare, et la convalescence commence. Dès-lors, mademoiselle K. fut de mieux en mieux, et put quitter Paris le 23 avril pour retourner sur les bords du Rhin, où elle habite. Depuis son départ, M. Amussat en a reçu fréquemment des nouvelles. Peu de temps après son arrivée, dans les premiers jours de mai, elle a eu ses règles, et dès lors, chaque époque menstruelle a été bien régulière, et il ne s'est manifesté aucun accident.

Aujourd'hui que toutes les fonctions se font bien, et qu'à une maigreur extrême ont succédé un embonpoint et une fraîcheur remarquable, on peut regarder la guérison comme parfaite. C'est ce que nous attendions pour publier avec tous ses détails une opération chirurgicale d'autant plus remarquable, que toutes celles qui ont été tentées dans des cas semblables, ont été constamment suivies de la mort des sujets. (*Voy.* Boyer, etc.)

Il ne nous reste qu'un regret, c'est que l'état grave de la malade n'ait pas permis à M. Amussat de pousser assez loin ses investigations, pour s'assurer si le corps qu'il a incisé était le col utérin, ou une cloison cartilagineuse, semblable à celle que rencontra Dehaën, sur une jeune fille qui avait également une absence complète de la partie inférieure du vagin, et qui succomba après avoir été opérée par ce chirurgien, au moyen de la ponction.

Pour le sang que la malade rendit par l'anus au neuvième jour, il est extrêmement probable qu'il était contenu dans la trompe ou l'ovaire, et que ces organes ayant contracté des adhérences avec le rectum, il se forma entre eux et ce dernier une communication anormale qui permit la sortie de cette collection sanguine. Cette supposition est d'autant plus vraisemblable, qu'il n'est pas rare que des abcès de l'ovaire ou des trompes se fassent jour par le rectum. Nous en connaissons deux cas dans la pratique de M. Amussat: dans l'un d'eux, il y avait grossesse extra-utérine; les débris d'un fœtus furent rendus par l'anus. Les deux malades sont parfaitement guéries.

—

MÉDECINE LÉGALE.

—

De la valeur des moyens proposés pour reconnaître le sublimé corrosif dans les empoisonnemens.

Par M. A. DEVERGIE,

Agrégé près la Faculté de Médecine, Médecin du Bureau central.

DEUXIÈME ET DERNIER ARTICLE (1).

Procédés proposés pour reconnaître le deuto-chlorure de mercure, lorsqu'il a été décomposé par des matières végétales ou animales.

On sait qu'un grand nombre d'infusions et de décoctions végétales ; que le vin, le cidre, la bierre, le lait, la bile, l'urine, la salive, le sang, le mucus et les tissus du canal digestif, opèrent la décomposition du sublimé, soit immédiatement, soit à la longue, soit en totalité, soit par partie. Par conséquent dans les recherches médico-légales, que la matière suspecte existe à l'état solide ou à l'état liquide, il y a toujours deux suppositions à faire : ou le sublimé n'est pas décomposé, ou il ne l'est qu'en partie ; ou, au contraire, il est entièrement transformé en proto-chlorure de mercure. Dans le premier cas, on recherche le mercure à l'aide de la pile de Smithson ; dans le second, on a conseillé de suivre quatre procédés : ce sont ces quatre procédés dont je vais examiner la valeur.

Premier procédé.

On ajoute aux parties liquides ou solides soumises à l'expertise, de vingt-quatre grains à un demi-gros de potasse caustique que l'on a dissous, si les matières elles-mêmes ne contiennent pas de liquide. On fait évaporer jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine et à une douce chaleur ; on introduit le tout dans une cornue de verre, à laquelle on ajoute un récipient à long col ; on chauffe graduellement la cornue de manière à faire rougir une partie de sa panse, et on la tire alors du feu. On la casse lorsqu'elle est refroidie, et, prenant chacun des fragmens, on dissout l'huile empyreumatique dont ils sont tapissés, avec de l'huile essentielle de térébenthine rectifiée : opération qu'on pratique dans une grande capsule de verre, afin de ne perdre aucun globule mercuriel.

Il est tout-à-fait inutile d'exercer aucun lavage sur la partie de la cornue où se trouve le charbon : la température a été trop élevée dans ce point pour ne pas avoir chassé plus loin le mercure. Alors, après avoir retiré de la capsule tous les fragmens de verre, on y verse une grande quantité d'eau, on fait reposer la liqueur et l'on décante dans un autre vase la presque totalité du liquide. On répète cette opération plusieurs fois si la majeure partie des lamelles de charbon ou autres corps étrangers n'a pas été entraînée, et l'on aperçoit au fond du vase les globules mercurielles.

Dans les cas où ils sont infiniment petits, on décante la totalité du liquide, on prend le résidu avec du papier à filtrer, et alors le mercure est très-appréciable ; on frotte même une lame d'or avec le papier ; des taches blanches se manifestent sur la lame, et, en introduisant celle-ci dans un tube de verre effilé, on peut recueillir le mercure dans la partie rétrécie du tube.

Dans un Mémoire que j'ai publié en 1818, dans la *Nouvelle Bibliothèque médicale*, sur des recherches tendant à constater la présence ou l'absence du mercure dans les fluides animaux, après les traitemens antisyphilitiques, j'ai rejeté ce procédé par des motifs que M. Orfila a regardés comme de nulle valeur, dans le troisième volume de ses *Leçons de médecine légale*, qu'il vient de réimprimer. Voici les faits sur lesquels je me suis appuyé pour combattre ce procédé : 1° L'huile empyreumatique ne se dissout que très-difficilement dans l'huile essentielle de térébenthine. 2° Souvent le mercure reste incorporé avec des portions d'huile concrète qui sont intimement adhérentes au col de la cornue. M. Orfila déclare que c'est une erreur ; car, dit-il, il est aisé, avec une plume et de l'huile essentielle de térébenthine, de détacher, par le frottement le plus léger, ces portions d'huile concrète.

Or, il m'est démontré que l'huile essentielle de térébenthine, non rectifiée, dissout fort mal l'huile empyreumatique ; et que l'huile essentielle de térébenthine, rectifiée une première fois, ne dissout pas entièrement l'huile empyreumatique qui provient de la décomposition des matières végétales : ce que j'ai eu occasion de vérifier de nouveau en examinant la valeur d'une objection qui m'a été faite par M. Christison, et dont je parlerai tout-à-l'heure. Les deux premières objections que j'ai faites à ce procédé restent donc dans toute leur force, surtout lorsqu'on réfléchit qu'on peut être appelé à agir sur des quantités considérables d'huile empyreumatique provenant de la décomposition d'organes tout entiers. 3° l'huile empyreumatique, ai-je dit, présente quelquefois dans les alonges, de petites bulles qui ont un aspect argentin, et qui peuvent en imposer pour du mercure. « Oui, dit M. Orfila, qui peuvent en imposer à des observateurs qui se contentent d'examiner à travers le verre. » Mais M. Orfila, qui semble ici nous adresser un reproche, aurait dû réfléchir qu'il a imprimé, page 104, même traité, ce qui suit : « Le caractère dont nous parlons est tellement sensible, que nous avons obtenu des globules mercuriels visibles, *surtout à l'aide d'une loupe*, en distillant, etc. » ; et page 156 : « On ne saurait apporter trop d'attention à la recherche du mercure métallique dans l'estomac et dans les intestins, car on peut y trouver une foule de globules gazeux, graisseux ou autres, qui *ressemblent tellement à ce métal*, qu'il faut nécessairement, pour se prononcer sur leur nature, etc. » Ces deux phrases répondent suffisamment à la critique qui nous est faite. 4° Il est difficile,

(1) V. page 373.

disions-nous enfin, de reconnaître des quantités infiniment petites de mercure à l'aide de la décomposition des matières animales. M. Orfila regarde ce fait comme étant encore inexact. Toutefois il ajoute que, en suivant d'autres procédés, on peut arriver à découvrir des quantités encore plus minimes de ce métal. Or, si notre critique veut se reporter à l'époque où nous avons publié notre Mémoire, il verra que c'était là le seul procédé connu, et que, s'il en existe d'autres aujourd'hui, c'est, et nous sommes forcé de le dire, c'est nous qui les avons découverts.

Afin d'appuyer ce que j'avance par le témoignage de M. Christison, je citerai le passage suivant de son ouvrage : « Les expériences de Gaspard et d'Orfila démontrent qu'un grain de sublimé injecté dans les veines, ou bien sur une plaie, d'un chien de grosseur ordinaire, amène la mort en deux ou trois jours. Et par conséquent, si ce poison agit par absorption, il est probable qu'il n'existera pas dans le sang, après la mort, en plus grande quantité, en supposant même qu'une dose plus forte ait été placée dans une plaie. Or, la plus grande quantité possible de sang que l'on puisse tirer à un chien, s'élève à vingt-quatre onces, ce qui représente à peu près le tiers de la totalité du sang qu'il contient. C'est donc un tiers de grain de sublimé dans le sang, ou un quart de mercure métallique, ce qui suppose le mercure étendu dans cinquante mille fois son poids de sang. Analyse qui exige une grande dextérité et un grand soin, et *qui certainement, ne pouvait pas être connue avant la publication récente du procédé de M. Devergie.* »

Deuxième procédé (du professeur Christison).

Après avoir enlevé avec soin les feuilles et les autres matières fibreuses végétales, on traitera la masse suspecte solide ou liquide par un excès de proto-chlorure d'étain qui décomposera le proto-chlorure de mercure, de manière à mettre le métal à nu, et qui communiquera au mélange une teinte grisâtre, pour peu qu'il contienne du mercure. La masse sera mise sur un filtre, lavée pour séparer l'excès de proto-chlorure d'étain, et retirée ensuite avant d'être sèche, en évitant d'enlever avec elle les fibres du papier; on la fera ensuite bouillir dans une dissolution modérément concentrée de potasse, qui dissoudra toute la matière végétale et animale; en sorte que, en laissant reposer la liqueur, il se précipitera promptement une poudre grise noirâtre de mercure métallique, reconnaissable quelquefois à l'œil nu, ou à l'aide d'une petite loupe, à sa forme globuleuse.

Pour mieux réussir à séparer le précipité mercuriel, laissez reposer la liqueur pendant quinze ou vingt minutes, à une température un peu au-dessous de celle de l'ébullition; puis, remplissez le matras avec de l'eau chaude; si la masse suspecte contenait beaucoup de matières animales, il viendrait à la surface du liquide une matière grasse, qu'il faudrait enlever avec une cuillère, puis on décanterait toute la liqueur, on placerait le précipité mercuriel dans un tube, on le laverait jusqu'à ce que toute l'eau de lavage ne fut plus alcaline, on le dissolverait et on le sublimerait dans un tube étroit, (*On Poisons*, 1829, page 281.)

La manière dont ce procédé est exposé par M. Christison, dans son ouvrage, tend à faire présumer qu'il s'est attaché à reconnaître le sublimé décomposé par des matières végétales liquides, plutôt que par des matières animales solides, quoiqu'il soit fait mention de ces dernières dans le cours de l'exposition que l'on vient de lire.

Afin de connaître la valeur de ce procédé, nous avons fait l'expérience suivante :

Nous avons pris de l'estomac d'un chien empoisonné avec dix grains de sublimé, la moitié de la plaque grise que cette substance y avait fait naître par son contact prolongé (douze jours s'étaient écoulés depuis la mort de l'animal). Nous ne nous sommes servi que de la moitié de cette plaque grise, parce que nous avons voulu agir comparativement sur l'autre moitié, au moyen du procédé auquel M. Orfila donne la préférence. Nous avons lavé cette petite partie d'estomac qui pouvait représenter dix-huit à vingt lignes carrées en surface. Nous avons eu le soin d'enlever la poudre blanchâtre qui la recouvrait, afin d'agir sur une quantité de poison réellement incorporée avec les tissus de l'organe, ou au moins placée dans toutes les conditions les plus difficiles d'une analyse de ce genre. Nous l'avons traitée par le proto-chlorure d'étain, et aussitôt la surface muqueuse est devenue d'un gris noirâtre. Après dix minutes de contact nous avons filtré, lavé les matières restées sur le filtre; nous les avons ensuite recueillies, traitées par la potasse, et portées à l'ébullition jusqu'à dissolution complète de la matière animale. La liqueur reposée, nous avons ajouté de l'eau chaude, mais il nous a été impossible d'apercevoir du mercure dans le précipité qui s'est formé, et qui était, du reste, fort peu considérable. Nous l'avons recueilli, desséché et introduit dans un tube effilé, le tube ayant été chauffé, nous n'avons obtenu qu'une quantité de mercure extrêmement petite et difficile à apercevoir, alors même qu'elle fut réunie en globules plus gros que ceux qui étaient le résultat de la volatilisation. On va voir tout-à-l'heure que l'autre moitié de la plaque grisâtre qui se trouvait dans l'estomac, a donné une proportion de mercure beaucoup plus appréciable dans les deux cas, quand elle fut traitée par deux procédés différens.

Le procédé que nous venons de décrire est basé sur la décomposition par le proto-chlorure d'étain, du calomélas ou du sublimé corrosif, qui peuvent exister dans les matières végétales ou animales; du mercure mis à nu; la potasse employée dissout la matière animale, sans modifier le mercure qui se trouve dans le corps grisâtre que l'on examine après les lavages, et que l'on chauffe dans un tube pour en séparer le métal. L'expérience précédente nous porte à croire qu'il offre l'inconvénient de ne pas agir sur la totalité du sublimé incorporé avec les parois de l'estomac; mais seulement sur la partie qui avoisine sa surface. Il présente en outre des manipulations longues, que l'on peut éviter par d'autres procédés. Le choix du proto-chlorure d'étain comme réactif de mercure, est sans contredit une idée heureuse; aussi le procédé réussira-t-il toutes les fois qu'il ne s'agira pas de sublimé incorporé avec des matières étrangères, et sur lequel le réactif puisse exercer une action directe.

Troisième procédé (adopté par M. Orfila).

« Après avoir divisé, autant que possible, la masse ali-

mentaire ou médicamenteuse suspecte, on l'introduira dans un flacon avec une suffisante quantité d'eau distillée pour la couvrir. On y fera passer un courant de chlore gazeux. Lorsque l'on aura employé un excès de celui-ci, on filtrera pour séparer la masse solide provenant de l'action du chlore sur la matière organique; on concentrera la liqueur filtrée par l'évaporation, et on y plongera la petite pile composée de lames d'or et d'étain. Quelques minime que soit la portion de proto-chlorure ou de sublimé contenu dans la masse suspecte, l'or sera blanchi; il ne s'agira plus alors que de chauffer la lame d'or dans un petit tube pour avoir le mercure en globules. ce procédé est basé : 1° sur la propriété qu'a le chlore de transformer en peu de temps le proto-chlorure de mercure insoluble en deuto-chlorure soluble; 2° sur ce que toutes les matières végétales et animales sont attaquées par le chlore qui se combine avec elles, après les avoir décomposées, et sur ce que les nouvelles matières qui résultent de l'action du chlore, ne jouissent plus de la propriété de décomposer le deuto-chlorure de mercure qui s'est reformé, *attendu qu'elles sont saturées de chlore.* »

Traité de médecine légale, page 115.)

Avant de prouver que ce procédé est insuffisant dans certaines circonstances; et bon dans d'autres, j'adresserai à M. Orfila le reproche de le donner comme venant de lui. En effet, en 1828, dans le Mémoire que j'ai déjà cité, j'ai dit, page 15 : pour la recherche du mercure dans la salive et dans l'urine, il n'est pas nécessaire d'employer l'acide hydro-chlorique, le chlore seul suffit; et sorte que les manipulations sont bien moins longues. J'ai même, pour diminuer la durée des opérations, essayé de me servir de chlorure de soude, en le décomposant par l'acide hydro-chlorique, etc. N'était-ce pas dire, si la matière animale est en dissolution, servez-vous seulement de chlore? Qu'a fait M. Orfila? Il a employé indistinctement notre procédé pour opérer sur les matières animales solides, comme sur celles qui sont à l'état liquide : et c'est en cela que, suivant nous, il a eu tort, ainsi que nous allons le démontrer. Nous avons pris l'autre moitié de la tache grisâtre, avec laquelle nous avions répété le procédé de M. Christison : nous l'avons lavée et coupée par petits morceaux; nous l'avons mise dans un verre à expérience et recouverte d'eau distillée; nous y avons fait passer un courant de chlore en excès; la liqueur filtrée, nous y avons fait séjourner la pile pendant trois jours : la lame d'or traitée par l'acide hydro-chlorique était à peine blanchie; chauffée dans un tube effilé, elle nous a donné un nuage blanchâtre, qui rassemblé n'a pu fournir qu'un globule mercuriel très-petit.

Ayant pris alors les petits morceaux de matière animale restés sur le filtre (ils n'avaient pas été entièrement détruits par le chlore), nous les avons dissous dans de l'acide hydro-chlorique fumant; nous les avons ensuite traités par l'eau, puis la liqueur par un courant de chlore. La pile d'or et d'étain nous a alors donné peut-être dix fois plus de mercure que nous n'en avions obtenu dans l'expérience précédente.

D'où il résulte, 1° que le procédé adopté par M. Orfila n'est bon que pour les cas où nous l'avions employé avant lui, c'est-à-dire pour ceux où la matière animale et végétale se trouve en dissolution ou en suspension dans un liquide, et toujours très-divisée. Exemple : le lait, l'urine, la salive, la bile, le mucus, le sang, ou tout précipité de matière animale ou végétale; 2° que la décomposition du sublimé ne s'opérant pas toujours seulement à la surface des tissus, mais encore quelquefois dans leur épaisseur, soit que cette décomposition ait lieu pendant la vie, soit qu'elle ait lieu après la mort, il faut un procédé qui désorganise, dans ces cas, la matière animale, afin de mettre toutes ses particules en contact avec le chlore. Que tout procédé qui sera basé sur ce principe devra être préféré à ceux qui n'agissent que sur les surfaces, et que c'est par ce point que pêche celui de M. Christison.

M. Orfila nous objectera-t-il les deux expériences suivantes qu'il a faites, et qu'il donne à l'appui du procédé qu nous venons de décrire. Première expérience : l'extraction du mercure d'une masse alimentaire, composée d'un quart de grain de précipité que forme l'albumine dans le sublimé corrosif, et de trois onces de pain parfaitement desséché et mêlé au précipité; deuxième : celles d'une autre masse, obtenue en versant le quart de grain de sublimé corrosif dans huit onces d'un mélange de café à l'eau, de thé, de miel, de gelée de groseille, de carotte en pulpe et de feuilles de laitue, le tout laissé ensemble pendant trois jours.

Ces expériences ne nous paraissent pas concluantes, car pour apprécier un procédé chimique en médecine légale, il faut se placer dans les circonstances les plus difficiles de l'analyse; or, des mélanges artificiels, tels que ceux que nous venons de décrire, sont loin de remplir cette condition.

Quatrième procédé (proposé par nous, en 1828).

Traitez la matière végétale ou animale solide par l'acide hydro-chlorique *concentré* et *fumant;* évaporez la majeure partie de l'acide employé; reprenez et dissolvez ou suspendez dans l'eau la masse obtenue; traitez la liqueur par le chlore gazeux, filtrez et plongez dans le liquide une pile d'or et d'étain.

Ce procédé a deux buts : 1° désorganiser toute la matière animale ou végétale de manière à en faire une bouillie, afin de multiplier ses points de contact avec le chlore : l'acide hydro-chlorique le remplit. 2° transformer le proto-chlorure insoluble en deuto-chlorure de mercure soluble; c'est là le but de l'emploi du chlore.

Mode opératoire. La matière est-elle solide et mêlée avec un liquide, on la porte à l'ébullition, on la filtre, on recueille les substances restées sur le filtre, après avoir essayé la liqueur filtrée par la pile d'or et d'étain; on les introduit dans une capsule de verre ou de porcelaine, que l'on expose à une douce chaleur; on y ajoute de l'acide hydro-chlorique concentré et fumant, par petites parties et en quantités variables, suivant la proportion de matière sur laquelle on agit; mais il vaut toujours mieux employer l'acide par petites portions, que de le mettre de suite en grande quantité. L'acide ayant pour effet la dissolution de la matière animale, doit tendre à s'opposer à sa coagulation par le chlore, s'il se trouve en grand excès.

Il ne faut pas que la matière soit assez chauffée pour être portée à l'ébullition. Bientôt toutes les parties solides se co-

rent en brun, en même temps qu'elles forment une bouillie homogène. On facilite cette transformation, en les remuant et les pressant doucement avec l'extrémité d'une baguette de verre. Lorsque la bouillie a acquis l'homogénéité que l'on recherche, on continue à la chauffer pour évaporer la majeure partie de l'acide hydro-chlorique; mais on ne doit jamais amener l'évaporation *jusqu'à siccité*, parce que la substance animale ou végétale durcit et ne devient plus soluble; on traite alors la matière par l'eau que l'on verse peu-à-peu, et lorsque l'on a obtenu une dissolution ou une suspension de la matière, on fait passer dans la liqueur un courant de chlore gazeux, sans l'avoir préalablement filtré.

Il faut que la masse obtenue soit bien liquide, et que le tube qui sert au dégagement du gaz plonge au fond du vase dans lequel elle se trouve. On arrête le dégagement du chlore lorsque la liqueur et le précipité qu'elle peut contenir ont pris une couleur blanchâtre ou blanc jaunâtre. Si pendant le dégagement du chlore il se forme un dépôt qui occupe constamment le fond du vase, on agitera fréquemment le liquide, afin de l'y suspendre : enfin, on doit filtrer et procéder à l'extraction du mercure.

On commence par placer dans le liquide une pile d'or et d'étain; si la lame d'or blanchit immédiatement, c'est une preuve qu'il existe beaucoup de mercure; pour le recueillir dans un seul tube, on fait séjourner dans la liqueur pendant vingt-quatre heures trois ou quatre piles pareilles; ou bien on porte le liquide à l'ébullition, et on y ajoute successivement de petites lames d'étain bien découpées; on reconnait que ces lames se recouvrent de mercure, à ce qu'une partie de leur surface devient d'un blanc mat et d'un toucher onctueux, tandis qu'une autre prend une teinte grise noirâtre et un toucher âpre. On laisse séjourner chacune de ces lames pendant cinq ou six minutes, et on les retire pour les remplacer par d'autres, jusqu'à ce qu'elles deviennent entièrement noirâtres. On dessèche alors les diverses lames entre plusieurs feuilles de papier Joseph; on gratte immédiatement leur surface de manière à enlever par le grattage une couche notable d'étain métallique. On introduit la tournure d'étain dans un petit tube fermé, effilé, en ayant le soin d'y faire entrer auparavant un petit cylindre de papier, pour que de petites parcelles d'étain ne restent pas appliquées aux parois du tube, ce qui pourrait en imposer à l'opérateur après la volatilisation du mercure, et l'on porte au rouge la partie du tube qui recèle l'étain : il est important de se servir d'étain privé de soufre, parce que ce dernier se sublimerait avec le mercure.

Lorsque nous avons publié ce procédé, nous avons conseillé l'emploi de l'acide hydro-chlorique *affaibli;* nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que l'acide très-concentré était bien préférable; depuis quatre ans, nous l'avons indiqué dans nos cours. Nous nous sommes même quelquefois servi d'eau régale, mais toujours avec précaution, parce que l'acide nitrique qu'elle contient forme, avec la matière animale, une substance détonante par la chaleur.

M. Orfila s'exprime de la manière suivante sur ce procédé : « ce procédé n'est exempt ni d'inconvéniens ni d'erreurs, quoiqu'il soit recommandable sous certains rapports. 1° Il existe des masses *animales* que l'acide hydro-chlorique *affaibli* ne dissout pas complétement, lors même que l'on a fait bouillir pendant plusieurs heures. Or, l'auteur prescrit d'agir ultérieurement sur la dissolution, quand celle-ci sera complète; 2° le docteur Christison a objecté à M. Devergie, qu'ayant fait bouillir pendant deux heures de l'acide hydro-chlorique sur le composé formé par le thé dans un sel mercuriel, il y en a eu un peu de dissous, et qu'il est resté une grande quantité de poudre, de laquelle on a pu retirer beaucoup de mercure par la distillation. On aurait donc perdu cette quantité de mercure, si l'on s'était borné à agir sur la dissolution, comme le propose M. Devergie; 3° s'il se forme en peu d'instans, dit l'auteur, une couche de mercure, c'est une preuve que le métal peut être recueilli, et alors il indique le procédé propre à fournir le mercure. La manière dont M. Devergie s'énonce, donne même à entendre que dans ce cas, le mercure ne peut pas être recueilli; or, cela n'est pas exact : le métal pouvant être recueilli d'une lame d'or même, lorsque la petite pile a tardé plusieurs heures à offrir une couche de mercure. »

La première objection est sans fondement, du moment que l'on emploie l'acide concentré : il en est de même de la seconde, qui nous a été faite par M. Christison; car, à l'inconvénient de l'acide affaibli, il a ajouté celui d'une ébullition pendant deux heures, qui produit un effet opposé à celui que l'on veut obtenir par l'acide hydro-chlorique, le ramollissement et la dissolution de la matière.

Je viens de répéter l'expérience telle qu'elle doit être faite, et le précipité formé par le sublimé dans le thé n'a pas donné un atôme de mercure, après avoir été traité par l'acide hydro-chlorique et le chlore, puis décomposé par la potasse et la chaleur. Il était d'ailleurs inutile de se servir d'acide hydro-chlorique pour le précipité formé dans le thé; le chlore seul suffisait.

Quant à la troisième erreur, qui est relevée par M. Orfila, il faut avoir envie d'objecter, pour faire des suppositions et des interprétations de ce genre. La réponse est fort simple; M. Orfila l'a faite lui-même, page 115 de son Traité : « Que s'il s'agissait d'obtenir tout le mercure et de le peser, on opérerait à la température de l'ébullition avec une lame d'étain décapée, comme l'a proposé M. Devergie. » Mais, puisque M. Orfila nous a opposé M. Christison, il aurait dû, au moins pour être impartial, citer l'opinion de ce professeur sur le procédé que nous avons proposé; or, voici ce qu'il en dit : « Un nouveau procédé, que nous devons rapporter ici, a été proposé par M. Devergie : il est bien supérieur à celui de M. Orfila, ou à celui de MM. Orfila et Lesueur; mais il est certaines imperfections qui pourraient le rendre inférieur à celui que j'ai conseillé plus haut, etc... » Après avoir reproduit les expériences dans lesquelles j'ai pu découvrir des quantités infiniment petites de sublimé dans le sang, M. Christison ajoute : J'ai répété ces expériences, et dans la plupart de cas, j'ai trouvé ce procédé commode et exact; mais il pourrait offrir des doutes, s'il était *général* dans son application; il paraît, au moins, ne pas être aussi applicable au mélange de substances végétales, qu'au mélange de substances animales. »

On voit donc, en dernière analyse, que les erreurs et les inconvéniens signalés par M. Orfila se réduisent à zéro, et qu'en admettant comme fondées les objections qu'il nous a faites, il est impossible de se rendre compte, après

les détails dans lesquels nous sommes entré, des motifs de ce professeur, lorsqu'il a préféré le premier procédé et celui de M. Christison, pour traiter la matière par l'acide hydrochlorique et le chlore; surtout lorsqu'il conseille, comme procédé général, l'emploi du chlore seul, agent principal de notre manière d'opérer, et agent insuffisant dans certaines circonstances.

En résumé, la marche à suivre dans une analyse est fort simple. S'agit-il d'une matière végétale ou d'une matière animale liquides, dans lesquelles le sublimé a été décomposé, il suffit alors de traiter la liqueur et le précipité par le chlore seul. A-t-on, au contraire, à rechercher le mercure dans des matières animales solides, il faut faire précéder l'emploi du chlore de celui de l'acide hydro-chlorique, afin de diviser avant tout la matière animale.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,

A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS.

FÉVRIER 1834.

Observation de hernies inguinales étranglées réduites spontanément après plusieurs applications de sangsues ;

par M. CHIPAULT, chirurgien à Châteauneuf-sur-Loire (Loiret).

« Je fus appelé, le 20 janvier 1833, chez un propriétaire laboureur, demeurant dans les environs de Châteauneuf, pour donner des soins à un de ses fils, âgé de vingt-deux ans, d'une forte constitution et portant une hernie inguinale du côté gauche, depuis plusieurs années. Je trouvai ce jeune homme couché sur le dos, éprouvant, depuis vingt-quatre heures, des douleurs atroces dans tout l'abdomen et particulièrement dans l'aine où l'on apercevait une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde. Il avait des nausées, le hoquet, des vomissemens fréquens, et était dans une agitation extrême ; le pouls était petit, dur, etc., et la tumeur si douloureuse qu'on ne pouvait y toucher sans faire jeter des cris au malade.

« Sans chercher à réduire cette hernie étranglée, je pratiquai aussitôt une large saignée, puis j'appliquai trente sangsues sur la tumeur, et je voulus favoriser l'écoulement du sang, au moyen d'un grand bain tiède, dans lequel le malade ne put rester que dix minutes. Je fus forcé de me borner à recouvrir l'abdomen avec des cataplasmes émollens. Le lendemain à dix heures du matin, voyant que les accidens d'étranglement persistaient, j'appliquai vingt nouvelles sangsues, et je plongeai le malade dans un bain où il resta deux heures. La journée du 21 se passa sans aucun soulagement. Le jour suivant, les douleurs étaient encore si vives qu'il fut absolument impossible de faire aucune tentative de réduction. Cet homme était assez calme ; mais le 23 au soir les accidens reparurent plus violens que jamais. La tumeur était dure et noirâtre. Devait-on tenter l'opération ? Je ne pouvais la pratiquer seul. Cependant, en abandonnant le malade, c'était l'exposer à une mort presque certaine, ou à une infirmité dégoûtante. Malgré sa faiblesse et l'opposition des parens, je plaçai vingt-cinq nouvelles sangsues, bains, lavemens, cataplasmes, etc. Le 24 au matin, il éprouva quelque soulagement ; je tentai alors de réduire sans effort la tumeur, qui était toujours très-dure et très-douloureuse ; mais il me fut impossible d'y parvenir. Quinze autres sangsues furent encore mises le soir. La journée du 24 et celle du 25 se passèrent encore sans amélioration bien remarquable ; cependant je sentais que la tumeur devenait moins dure, quoiqu'elle fût toujours très-sensible à la pression. Enfin, le soir à six heures, je plaçai dix nouvelles sangsues, et je mis encore le malade dans un bain. A onze heures, il s'endormit ; et quel fut son étonnement et le mien quand, se réveillant à quatre heures du matin, il reconnut que sa hernie était rentrée ! Le rétablissement se fit en quelques jours.

« Quatre cas semblables se sont présentés à mon observation cette année (1833). Chez les trois premiers, la hernie est rentrée d'elle-même, après de nombreuses applications de sangsues ; mais le quatrième malade n'ayant voulu se soumettre à aucun traitement, il s'est formé, le trentième jour de l'étranglement, un anus contre nature. Il est aujourd'hui dans l'état le plus déplorable.

« Ces observations prouvent qu'on peut souvent éviter l'opération, quoique la hernie soit étranglée, et j'aurai des occasions d'autant plus fréquentes de tenter cette méthode de traitement que deux individus étant morts dernièrement à la suite de l'opération, les malades refusent maintenant de s'y soumettre. »

Réflexions. Nous devons rapprocher de ces observations le fait suivant qui nous est adressé par M. Lemaitre, docteur en médecine à Alençon.

« Une demoiselle, âgée de soixante-dix ans, était atteinte depuis plusieurs années d'une hernie crurale qu'elle faisait rentrer facilement et qu'elle maintenait à l'aide d'un bandage à ressort. Le 2 février, après deux jours de maladie, on

plutôt de malaise et de douleurs vagues qui l'avaient forcée de garder le repos, elle sentit de violentes douleurs dans l'aine gauche, et s'aperçut que sa hernie était sortie. Elle voulut la faire rentrer, mais elle ne put y parvenir. Appelé près de la malade, je trouvai dans le pli de l'aine une petite tumeur du volume d'une grosse noix, dure et douloureuse au toucher. J'essayai de la réduire; mais les douleurs vives qu'éprouvait la malade me firent renoncer à ces tentatives; je prescrivis des lavemens légèrement purgatifs, la diète, le repos, etc.; les douleurs allèrent toujours en augmentant. La tumeur fut recouverte de cataplasmes émolliens, mais sans succès.

« Les médecins de l'hôpital furent alors appelés et conseillèrent des bains, qui ne furent point administrés à cause de l'état de détresse de la malade; ils firent de nouvelles tentatives de réduction avec aussi peu de succès. Bientôt la fièvre se déclara, il survint des envies de vomir, puis des vomissemens de matières stercorales qui ne laissèrent aucun doute sur la gravité de la maladie. L'opération fut proposée et repoussée avec énergie par la malade. Je la visitais chaque jour, et lui faisais prendre de l'eau sucrée et quelques légers bouillons au lait qui étaient bientôt rejetés par le vomissement. La tumeur ne cessait pas d'être douloureuse : elle conservait son volume et sa dureté. Les coliques, les vomissemens, la fièvre, la décomposition des traits semblaient annoncer la gangrène de l'intestin, lorsque le neuvième jour, au matin, j'appris qu'elle avait rendu par les selles quelques matières accompagnées de vents. Je fis une nouvelle tentative de réduction, et à ma grande surprise, je sentis la tumeur s'amollir sous mes doigts, et disparaître complètement. Tous les symptômes alarmans disparurent aussitôt, et quelques jours suffirent pour le rétablissement de cette malade.

« C'est le second cas de ce genre que j'observe. Le premier a été recueilli sur un homme âgé qui s'était également refusé à l'opération. Il souffrit horriblement pendant quelque temps, et la hernie finit par rentrer sous l'influence du repos et de la diète absolue. »

En rapportant ces observations, nous n'avons d'autre but que de mettre sous les yeux de nos lecteurs des faits qui constatent que dans bien des cas, malgré les apparences d'une gangrène imminente, les efforts de la nature, joints aux moyens que l'on a indiqués, sont suffisans pour amener la réduction des hernies étranglées. C'est aux praticiens à reconnaître quel est le point précis qu'il ne faut pas dépasser, et à quel moment le débridement devient indispensable.

Ces observations sont d'autant plus curieuses qu'il existait bien certainement des symptômes d'étranglement inflammatoire, et que l'on sait que dans ces cas surtout la gangrène s'empare rapidement des intestins. Quand il y a simple engouement, les malades peuvent conserver leur hernie pendant un long temps, sans qu'il survienne d'accidens graves, comme le prouve le fait suivant, qui nous est communiqué par M. Henri Joffre, docteur en médecine à Villeneuve-de-Berg (Ardèche).

« François Borne, de la petite commune de Lanas, vieillard septuagénaire, portait, depuis trente ans, une hernie du côté gauche, qui était tombée dans les bourses, lorsque, le 1er juin 1826, il s'aperçoit qu'elle a acquis du volume et que sa réduction ne peut s'opérer. Bientôt après arrive toute la cohorte des symptômes effrayans de l'étranglement. Le malade s'en met peu en peine et reste dans cet état fatigant jusqu'au 20 du même mois. A cette époque les accidens s'aggravent, et je suis appelé : je trouve le malade dans son lit et dans la situation la plus triste; les vomissemens continuent; le pouls est intermittent et concentré, l'amaigrissement considérable et la face décomposée; la tumeur est d'un volume énorme, rénittente et douloureuse à la pression. Il est évident que les nouveaux accidens qu'éprouve le malade sont dus à une surexcitation causée par les excès en vin qu'il a faits la veille. Quoique je susse bien n'avoir affaire qu'à une hernie étranglée par engouement, je me hâtai de faire cesser cette surexcitation, et je prescrivis, en conséquence, quelques antiphlogistiques proportionnés à l'âge et aux forces du malade; la tumeur fut réduite le sixième jour de cette médication (vingt-sixième de l'étranglement). Les vomissemens cessèrent aussitôt. La convalescence fut longue et cependant suivie d'une santé parfaite. »

Dans un prochain numéro nous citerons d'autres observations qui contribueront à jeter quelque jour sur la question difficile des hernies et de leur réduction.

Des pernicieux effets d'une nourriture animale accordée dans la convalescence.

Les observations suivantes tirées des leçons sur la chirurgie faites par le docteur Wardrop, nous ont paru intéressantes sous plus d'un rapport. Elles prouveront qu'en Angleterre, quoique en général on épargne peu le tube intestinal des malades, les bons praticiens ont reconnu, comme en France, la nécessité d'une diète chez les convalescens.

« J'ai souvent parlé des dangereux accidens auxquels s'exposent les malades qui prennent mal-à-propos une nourriture animale. Je pourrais en citer un grand nombre d'exemples, et les preuves abondent, soit chez les femmes nouvellement accouchées, soit chez les individus qui récemment ont subi une opération. Le docteur Baillie, dans son ouvrage posthume, a noté brièvement cette circonstance; je n'ai jamais vu, dit-il, de rechute de fièvre qui n'ait été causée par l'ingestion d'une nourriture animale.

« Les pernicieux effets de l'usage prématuré de cette alimentation ont été des plus remarquables chez un malade que j'avais opéré de la hernie. Un jeune homme, dans la vigueur de la santé, eut une hernie étranglée, dont tous les moyens usités ne purent amener la réduction. Je ne le vis que plusieurs heures après; l'étranglement et l'excessive tension de la tumeur, la faiblesse du pouls, ainsi que d'autres circonstances, me déterminèrent à procéder immédiatement à l'opération. L'intestin réduit, il ne survint aucun accident, et le onzième jour la plaie marchait rapidement vers la guérison, lorsque ce jeune homme s'avisa de manger une petite pièce de bœuf rôti. Dans la nuit, il survint un fièvre violente, et un chirurgien, appelé aussitôt, le trouva en proie à une très-vive douleur qui, partant de la blessure, irradiait dans tout l'abdomen. Une large

saignée fut pratiquée sur-le-champ. Il est inutile de rapporter tous les accidens qui survinrent ; il suffira de dire qu'il ne fallut pas moins de six semaines d'un traitement actif pour remettre le malade dans l'état où il était avant l'ingestion du bœuf rôti.

« L'observation suivante, recueillie sur un médecin, et qui, dans le temps, excita un grand intérêt, est encore une preuve des pernicieux effets d'une nourriture animale.

« Un médecin, en disséquant une femme morte d'une péritonite puerpérale, se piqua le doigt ; la plaie s'enflamma, et l'irritation se propagea le long des vaisseaux lymphatiques du bras. Cependant, les saignées générales et l'application d'un grand nombre de sangsues triomphèrent promptement de ces accidens. Ce jeune homme, étant en convalescence, sentit par hasard l'odeur de viandes apprêtées, et voulut en goûter une portion; il mangea seulement une petite quantité de mouton grillé ; mais, aussitôt après, il se sentit gravement indisposé et passa une cruelle nuit. Le jour suivant, un érysipèle s'étendit sur le bras, et la rechute fut si grave, que, quoique les évacuations sanguines fussent portées aussi loin que possible, sa vie fut mise dans un danger imminent, et plusieurs semaines s'écoulèrent avant qu'il recouvrât la santé.

« Un homme avancé en âge, gras et d'un tempérament goutteux, avait subi l'opération de la cataracte d'un côté, après y avoir été préparé avec soin pendant plusieurs semaines. L'inflammation consécutive fut légère, et la plaie était guérie, lorsque le huitième jour je renouvelai l'opération sur l'autre œil, aux instances réitérées du malade. L'inflammation fut encore faible, et lorsque tout portait à croire que la vue serait restaurée des deux côtés, ce malade, quelques jours après la seconde opération, avala un bouillon fort chargé en principes nutritifs. Quelques heures après il survint de la fièvre ; les deux yeux devinrent douloureux, et il s'y déclara une si violente inflammation, que les saignées les plus copieuses, les purgatifs, le mercure, etc., n'en purent arrêter les progrès. Au bout de quelques jours, les symptômes de la goutte se manifestèrent, et on les combattit vainement par tous les moyens connus. Les plaies des deux cornées s'ulcérèrent et donnèrent passage aux humeurs de l'œil.

« Un jeune homme, ayant reçu par accident un coup de feu à la partie postérieure de la tête, était déjà en convalescence, lorsqu'il voulut manger une petite portion de viande et boire un verre de vin ; dans la nuit suivante il survint de la fièvre, des symptômes d'inflammation du cerveau, et le quatrième jour il expira.

« J'ai parlé plus haut de cette dame à qui M. Lawrence avait enlevé une énorme tumeur située sur la hanche, et j'ai attribué à la perte abondante de sang la rapide cicatrisation qui fut obtenue. La malade quitta Londres le quinzième jour de l'opération; cependant l'usage d'une nourriture animale retarda sa guérison. Cette femme, en effet, huit ou dix jours après l'opération, se trouvant extrêmement faible, et n'ayant encore pris que de l'eau de gruau, avala un large bol de bouillon de bœuf. En peu de temps elle devint brûlante et agitée ; son pouls s'accéléra, et elle éprouva un si violent mal de tête, qu'outre l'administration d'un puissant purgatif, il fallut appliquer dix-huit sangsues. Par cette prompte mesure, la santé fut bientôt rétablie. »

M. Wardrop rapporte, en terminant, qu'ayant vu dans un hôpital très-bien tenu faire usage du bœuf rôti, il en témoigna sa surprise, et qu'il lui fut répondu que les officiers de santé étaient obligés de donner à leurs convalescens une petite quantité de nourriture animale, parce que l'expérience leur avait démontré que, s'ils les renvoyaient chez eux après une diète sévère, ils mangeaient avec voracité, et que cette intempérance leur devenait bientôt fatale.

(*The Lancet.*)

LEÇONS CLINIQUES DE LA PITIÉ.

§ 1er. — *Considérations pratiques sur les cas qui nécessitent l'amputation du col de l'utérus. — Erreur de diagnostic, complications, récidives.*

Il est évident que lorsque le col est essentiellement carcinomateux, que le cancer est profond, étendu, qu'on ne peut cautériser parce qu'il repose sur des tissus indurés, et qu'il ne s'étend pas jusqu'à l'utérus, l'amputation de cette partie doit être pratiquée.

Il est fort rare qu'on trouve dans l'intérieur du bassin des ganglions lymphatiques engorgés. Depuis dix ans, M. Lisfranc n'en a pas rencontré un seul exemple à la suite de ces ulcérations carcinomateuses du col. C'est ce qui explique les succès bien plus fréquens après l'amputation du col qu'après l'enlèvement des autres organes cancéreux; mais cette assertion, avancée par Bayle, ne s'était pas vérifiée, parce que les chirurgiens ne coupaient pas au-delà du mal, et avaient par conséquent de nombreuses récidives. D'ailleurs, après l'opération, on tamponnait le vagin de peur d'hémorrhagie, et l'on produisait ainsi de violentes douleurs et des péritonites.

Des succès bien différens ont été obtenus par M. Lisfranc. Quatre-vingt-dix-neuf amputations du col ont été faites par ce chirurgien ; trois malades sont mortes de péritonites, l'une après trois jours, l'autre après cinq, l'autre après huit jours. Cinq récidives ont eu lieu immédiatement, c'est-à-dire que la place ne s'est pas cicatrisée ; quatre récidives survenues consécutivement sont arrivées à sa connaissance. Dix de ces femmes sont dans ce moment à la Pitié ; elles sont opérées depuis quatre ans.

S'il y avait des ganglions lymphatiques engorgés dans l'intérieur du bassin, serait-ce une contre-indication à l'opération ? On le pense généralement. Cependant Sœmmering et Desault ont publié des observations dans lesquelles des ganglions lymphatiques engorgés autour d'un organe cancéreux ont été laissés après l'opération et se sont ensuite dissous d'eux-mêmes : preuve évidente que ces engorgemens n'étaient point de nature cancéreuse. M. Lisfranc pense qu'il ne faudrait pratiquer l'opération que si ces ganglions étaient peu volumineux, égaux et non adhérens. Il y a quatre ans, ce chirurgien enleva, à l'hôpital Saint-Côme, un sein cancéreux. Après l'opération, les ganglions de l'aisselle s'engorgèrent et firent éprouver des douleurs lancinantes. On ordonna une

application de sangsues ; mais, comme elles furent mises sur la tumeur elle-même, il y survint de l'inflammation, des douleurs très-violentes, et enfin la suppuration y devint manifeste. On crut avoir affaire à un cancer occulte devenu ulcéré. On voulut, en conséquence, l'ouvrir le plus tard possible. La tumeur s'abcéda d'elle-même : la peau fut largement frappée de mort, et, au lieu de l'ichor du cancer, on vit sortir un pus louable et de bon caractère. Il fut alors facile de voir que les ganglions n'étaient point carcinomatés. On pansa simplement ; on mit quelques sangsues, et enfin la pommade d'hydriodate de potasse acheva la résolution de cet engorgement.

Les ovaires peuvent être engorgés; c'est une contre-indication à l'opération. Cependant M. Larrey a cautérisé avec le fer rouge le col utérin d'une femme dont l'ovaire gauche avait au moins quadruplé de volume. Depuis cette époque, l'ovaire n'a pas augmenté, et cette femme se porte très-bien. M. Lisfranc lui-même a amputé le col dans un cas semblable, et aujourd'hui la malade est en très-bon état.

On ne peut nier l'hérédité du cancer. Presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Mais, par cela seul que le cancer est héréditaire, est-il incurable, et doit-il nécessairement survenir des rechutes ? M. Lisfranc a soigné des familles dans lesquelles toutes ou preque toutes les femmes mouraient à l'âge de trente ou trente-cinq ans de maladies de l'utérus. Souvent, chez ces femmes, les accidens se manifestaient dès l'époque de la première apparition des règles, et duraient jusqu'à la mort ; mais, si on combattait ces accidens dès leur début, on en obtenait assez facilement la guérison. Il est donc faux de dire que le cancer héréditaire est incurable.

Souvent on hésite à pratiquer l'amputation du col de l'utérus, soit parce que la maladie est trop avancée, soit parce que sa nature cancéreuse n'est pas bien déterminée. Des auteurs ont prétendu que toutes les fois que le col utérin était envahi par un cancer, il ne fallait pas en faire l'amputation, parce que cette maladie s'étendait jusqu'au corps même de la matrice. Bayle avait dit le contraire, et à l'hôpital de la Pitié, toutes les fois qu'une femme, arrivée à une époque du cancer trop avancée pour subir l'opération, est venue à succomber, on en a toujours fait l'autopsie, et on a remarqué que le corps de la matrice était presque constamment sain. Une pièce semblable nous a été montrée. Le col, réduit à une matière cérébriforme, était seul malade; le corps de la matrice n'offrait aucune trace de cancer. Cependant il faut se garder d'opérer quand le mal s'étend jusqu'au-delà de l'insertion du vagin sur le col de l'utérus.

Il y a un point fort important, c'est de savoir s'il n'y a point de péritonite chronique. Ce cas s'est présenté deux fois chez des malades opérées par M. Lisfranc; l'une est morte au bout de trois jours, l'autre au bout de cinq jours. Or, on sait qu'une opération pratiquée dans le voisinage du péritoine enflammé d'une manière chronique, fait promptement passer cette inflammation à l'état aigu.

Pour reconnaître cette complication, il faut porter le doigt jusqu'à la partie supérieure du vagin ; puis, l'éloignant du col transversalement d'un pouce à un pouce et demi, on soulève et on refoule le vagin. Si, quoiqu'on ne presse pas la matrice, on détermine de la douleur par cette manœuvre, il est probable qu'il y a quelque point du péritoine enflammé. Cependant cette épreuve est loin d'être certaine.

On peut être détourné de pratiquer l'opération parce que l'on craint que les ulcérations ne soient pas de nature carcinomateuse. On serait certainement très-blâmable d'opérer sans distinction de cas; mais, quand une maladie, qui ne paraît pas carcinomateuse, a résisté à tous les moyens, si elle fait des progrès, si la constitution se détériore, si la malade maigrit, prend une couleur jaune paille, ne digère plus, a de la fièvre de temps en temps, faut-il abandonner le mal à lui-même ? Non, sans doute, car les femmes seraient vouées à une mort certaine.

Doit-on opérer quand il y a maigreur, flaccidité des tissus, fièvre erratique, mauvaise digestion, yeux rouges, éraillés, fragilité des os, quand il y a diathèse cancéreuse, en un mot (1) ? Mais, dans la gastrite chronique, dans le carreau, dans la pulmonie, n'a-t-on pas des symptômes à peu près semblables ? On sait d'ailleurs que Valsalva a opéré une femme chez laquelle tous les symptômes de la diathèse cancéreuse existaient, et qui guérit fort bien. M. Lisfranc lui-même a opéré dans des circonstances semblables, et, entre autres, une femme de quatre-vingt-seize ans, qui n'en a pas moins guéri. Cependant on ne peut se dissimuler que les chances de succès sont alors bien moindres.

M. Lisfranc a remarqué que quand le cancer était très-vivace et qu'on en faisait l'ablation, il récidivait bien plus fréquemment que si on commençait par diminuer son acuité par un régime antiphlogistique.

Quand on enlève un cancer, plus on prolonge les incisions loin du mal, et moins il y a de chances de récidive. Ce professeur a vu, à la Pitié, dans les salles de Béclard, un un homme qui portait un cancer à la partie inférieur de l'avant-bras. Deux fois le mal fut enlevé avec la pâte arsénicale, et deux fois il récidiva. Une troisième fois Béclard l'enleva avec le bistouri, il récidiva encore. Une quatrième fois M. Lisfranc pratiqua l'opération, et il y eut une cinquième récidive. Alors il se décida à enlever un pouce de la peau saine, l'aponévrose brachiale, qui était saine aussi, avec la couche superficielle des muscles : le cancer n'a plus récidivé. C'est d'après plusieurs exemples semblables que M. Lisfranc ne pratique point l'extirpation d'un cancer, et qu'il aime mieux en faire l'amputation.

Ces propositions sur le cancer en général sont fort importantes ; mais il est en une dernière sur laquelle on doit attirer toute l'attention des praticiens. Souvent, après avoir guéri les organes génitaux, on voit la poitrine, qui était saine, se prendre, et les femmes succomber à la phthisie. Cette fâcheuse complication survient même quelquefois chez des femmes que l'on a traitées pour des affections fort légères de l'utérus. Cinq des femmes opérées par M. Lisfranc sont mortes phthisiques au bout de six à quinze mois, quoiqu'elles n'eussent offert avant l'opération aucun signe de

---

(1) M. Lisfranc a fait observer à ce sujet que souvent chez les vieilles femmes qui mouraient à la Salpêtrière d'affections cancéreuses, loin de rencontrer les os friables, on les trouvait au contraire beaucoup plus mous que dans l'état ordinaire.

phthisie. Ce chirurgien saigne dans ce moment une femme pour une tumeur de l'utérus qui était presque guérie, lorsqu'il est survenu de la toux et d'autres signes d'une affection de poitrine. M. Lisfranc lui a conseillé aussitôt de monter à cheval, et, dès que la maladie a été reproduite, l'affection de poitrine a disparu.

§ 2. — *Considérations sur la manière de pratiquer l'amputation du col de l'utérus.*

La possibilité d'enlever le col et le corps de l'utérus semble ne pas avoir été méconnue du temps même d'Hippocrate. Plus tard, Vieussens, dans son *Traité des tumeurs*, a cité un cas de ligature de l'utérus à la suite du prolapsus de cet organe. La femme qui fait le sujet de cette observation guérit; elle n'eut d'autre incommodité que la sensation d'un froid assez vif qui s'étendait parfois dans tout le ventre. A sa mort, on en fit l'ouverture et l'on ne rencontra plus d'utérus.

Osiander remit en usage l'ablation du col de l'utérus, opération tombée dans l'oubli depuis long-temps avant lui. A l'aide d'une aiguille courbe il passait dans l'épaisseur du col un fil dont les extrémités étaient ramenées à l'entrée de la vulve. Cinq ou six fils ainsi introduits en divers sens dans l'épaisseur du col servaient à attirer cet organe au dehors et à séparer les parties malades des parties saine. Cet auteur rapporte cinq ou sept cas de guérison obtenus de cette manière. (*Mélanges de chirurgie étrangère.*)

En France, lorsqu'on commença à se livrer à cette opération, on la préconisa outre mesure; et comme, pour la plupart du temps, ceux qui la pratiquèrent n'avaient point de connaissances anatomiques suffisantes, ils produisirent des accidens qui la firent bientôt complétement rejeter. On se contenta alors de cautériser de diverses manières, et plus ou moins profondément.

Plus tard, on proposa d'engager un spéculum dans l'intérieur du vagin, afin de mettre à découvert le col de la matrice; puis, avec des instrumens disposés en rondache, et qu'on introduisait dans la cavité du spéculum, on tranchait le col aussi haut que possible. Ce procédé, qu'on trouve décrit dans la *Médecine opératoire* de Sabatier, fut plusieurs fois mis en usage; mais on sent tout ce qu'il a de défectueux, car le jeu des instrumens portés à une grande profondeur ne pouvait être apprécié de l'opérateur, et l'on s'exposait ou à intéresser des parties saines, ou à laisser celles qu'on eût dû enlever.

Deux autres instrumens mécaniques ont été inventés dans ces derniers temps par deux médecins de Paris, l'un M. Hattin, l'autre M. Colombat, pour opérer la section du col au fond du vagin. Ces instrumens sont disposés de manière à n'agir qu'après avoir été convenablement assujétis; mais leur action, qui a lieu perpendiculairement, ne saurait être mieux mesurée que celle des premiers. Ils ont, comme eux, l'inconvénient ou de léser des parties saines lorsqu'un seul côté du col est affecté, ou de n'emporter le mal qu'en partie lorsque (ce qui arrive malheureusement trop souvent) le cancer jette à l'intérieur de profondes racines, qui ne peuvent être enlevées que par plusieurs sections faites en décolant. D'ailleurs leur introduction dans le vagin nécessite une forte dilatation de ses parois, toujours douloureuse pour les malades.

M. Mayor, chirurgien à Lausanne, a conseillé, pour enlever les parties du col atteintes de cancer, de placer au-dessus du point affecté une ligature qu'il serre progressivement avec son tourniquet cabestan. Cette méthode a plus d'un inconvénient : on sait, lorqu'il s'agit seulement de lier un polype, combien il est difficile de placer convenablement la ligature, qui presque toujours embrasse les parties ou trop haut ou trop bas. De plus, la marche de la maladie n'est pas régulière, et bien que le col de la matrice paraisse insensible, ou à peu près, à l'action des instrumens tranchans, il n'en est pas de même lorsqu'on exerce sur cet organe une pression continue, qui toujours détermine de vives douleurs et des accidens consécutifs plus ou moins graves. Enfin, en embrassant par un fil, qu'on serre de plus en plus, le col de l'utérus, on empêche la sortie des liquides contenus dans sa cavité; liquides qui sont toujours plus abondans et plus âcres lorsque l'utérus est malade, et dont la résorption peut porter atteinte à toute l'économie.

De tous les procédés à mettre en usage pour emporter tout ou partie d'un col d'utérus malade, le plus convenable, suivant M. Lisfranc, est d'opérer la descente de la matrice jusqu'à l'orifice de la vulve, et de procéder ensuite à l'ablation des parties affectées, à l'aide du bistouri.

Long-temps on a pensé qu'il était impossible de faire descendre la matrice au-delà des parties génitales lorsqu'il n'avait point existé de prolapsus primitifs, et on rejetait toute possibilité de la section du col chez les femmes qui n'étaient point atteintes de descente de matrice. Mais nombre de fois M. Lisfranc a prouvé dans ses leçons combien cette opinion est erronée, en démontrant que, chez la femme la mieux constituée, des efforts soutenus, comme pour aller à la selle, suffisent souvent pour faire descendre l'utérus jusqu'à l'entrée de la vulve.

La position à donner à la femme pour procéder à la section du col doit être la même que celle qu'on donne ordinairement aux malades qu'on veut opérer de la taille latéralisée. Le corps doit être placé en supination, sur un matelas seulement (sans oreiller sur le bassin); les tubérosités sciatiques de niveau avec le bord du lit; les cuisses fléchies à angle droit sur le bassin, et écartées l'une de l'autre le plus possible, sans cependant nuire aux articulations coxo-fémorales; les jambes fléchies sur les cuisses : deux aides placés de chaque côté de la malade la maintiennent fixement.

Le chirurgien se placera au-devant de la vulve, ayant à sa disposition, pour opérer, un spéculum, plusieurs pinces de Musseux, un certain nombre d'airignes simples et divers bistouris, dont un concave sur son tranchant.

Le spéculum qu'il faut préférer est le spéculum brisé ou à deux branches; il offre de grands avantages sur le spéculum simple, en ce qu'en l'écartant on peut à son gré augmenter la capacité du vagin. De plus, lorsqu'on se sert du spéculum simple, avec quelque précaution qu'on le maintienne, il arrive toujours, chez les malades indociles, que les parois du vagin, se rétractant, viennent former un bourrelet au-devant du col, et le soustraient presque en entier à l'œil de l'opérateur et aux instrumens. Un autre inconvénient de ce spéculum est la difficulté très-grande qu'on

épreuve à le retirer du vagin lorsque la pince a saisi le col ; en effet, les branches écartées de cette pince occupent toute l'étendue du diamètre du spéculum, qui se trouve arrêté à leurs anneaux.

Les pinces de Musseux doivent être longues et fortes; trop minces, leurs mors sont sujets à ployer. M. Lisfranc a fait subir à celles qu'il emploie une légère modification, qui consiste dans la diminution de leur courbure, qui, rendue presque horizontale, facilite singulièrement leur introduction.

Il est rare que la lumière naturelle suffise dans cette opération ; on se sert ordinairement d'une bougie, qui, dirigée en divers sens, évite tout mouvement à la malade, et éclaire très-bien les parties sur lesquelles on veut agir.

Tout étant disposé ainsi que nous venons de l'indiquer, l'opérateur introduit avec précaution dans le vagin le spéculum, préalablement enduit de cérat ou d'huile; il le confie à un aide intelligent, puis il promène lui-même la bougie en tous sens, afin de s'assurer si le col de l'utérus est bien embrassé par le spéculum, et de manière à être facilement saisi par la pince de Musseux. A l'aide d'injections réitérées il déterge, ou avec des plumasseaux de charpie il essuie les mucosités ou le sang répandus à la surface du col ; enfin, saisissant la pince dans la main droite, le pouce et le doigt annulaire dans chacun des anneaux, le doigt médius et le petit doigt fermés, et l'indicateur étendu sur les branches pour les assujétir, il l'introduit, fermée et horizontalement, dans l'intérieur du spéculum, jusqu'au col de l'utérus. Une remarque fort importante à faire, c'est que souvent il y a très-peu d'intervalle entre le col et les parois du vagin, ce qui rend difficile l'écartement des airignes de Musseux pour saisir le col. De plus, la matrice a toujours de la tendance à remonter au moment où les pinces viennent s'appliquer sur quelqu'une de ses parties ; et si l'opérateur n'a pas prévu ce retrait, il arrive fort souvent, ou que les airigues ne saisissent qu'incomplétement le col, ou qu'il leur échappe entièrement. On obviera à cet inconvénient en imprimant, après avoir écarté les mors de la pince, un mouvement d'ascension, pour suivre avec l'instrument la matrice au moment où l'on approchera les branches. Le col une fois saisi, on retire le spéculum, en dégageant successivement les deux pièces qui le composent.

On doit, autant que possible, saisir le col très-haut, sans cependant intéresser les parois du vagin qui lui correspondent, et faire en sorte que les deux airignes de la pince soient placées à la même hauteur. Il arrive, lorsque celles-ci sont implantées à une hauteur inégale, qu'au lieu d'attirer convenablement en bas la matrice, on la culbute : son fond se porte ordinairement en avant et son col en arrière ; en sorte qu'arrivée à l'orifice du vagin, elle ne peut plus le franchir, parce qu'elle offre un diamètre transversal trop étendu ; le chirurgien doit en pareille circonstance confier pour quelques instans la pince de Musseux à un aide, et, introduisant vers l'endroit du col où l'airigne est implantée trop bas, le doigt indicateur, il s'en sert comme de conducteur pour implanter au-dessus une airigne simple, qui ramène alors la matrice à la direction voulue pour lui permettre de franchir facilement l'orifice de la vulve.

Les tractions fortes qu'on est souvent obligé d'opérer sur des parties peu solides et parfois ramollies par le cancer, exposent à faire lâcher prise aux pinces et à blesser les parois du vagin. On préviendra cet accident en ayant soin de tenir les deux doigts d'une main appliqués sur les branches de la pince, pour s'assurer si la matrice descend, ou si au contraire les parties ont de la tendance à céder. Dans ce dernier cas, d'autres airignes devraient être immédiatement implantées sur les parties les plus résistantes du col. Ce n'est qu'avec les plus grandes précautions et très-lentement qu'on doit opérer les tractions nécessaires pour amener l'utérus au-dehors, et toujours en les dirigeant suivant les axes du bassin. Ainsi, on tirera d'abord de haut en bas, puis horizontalement, et enfin on portera le manche de l'instrument en haut pour faire franchir à la matrice l'orifice de la vulve.

On ne saurait dire la patience qu'il faut parfois employer pour arriver à faire descendre la matrice. Si l'on s'aperçoit que les tractions deviennent infructueuses, on les suspend pendant cinq, dix minutes, un quart-d'heure, pour les reprendre ensuite, et, pendant ce temps, on cherche à calmer le moral de la malade, et peu à peu on parvient ainsi à vaincre la résistance opposée par les ligamens de l'utérus.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Considérations pratiques sur la balanite ou inflammation de la muqueuse du gland et du prépuce, sur l'inflammation de l'orifice de la vulve et du museau de tanche.

Après avoir exposé dans notre dernier cahier quelques considérations générales sur la syphilis et la manière dont les malades sont traités à l'hôpital des Vénériens, nous devons étudier successivement tous les symptômes qu'on y rencontre, afin de faire connaître avec exactitude les méthodes curatives qui leur sont opposées, et l'opinion de M. Cullerier sur la nature de chacune de ces affections. Nous commencerons par la balanite, dont nous avons observé plusieurs exemples le mois dernier.

On appelle ainsi l'inflammation de la muqueuse du gland et du prépuce, inflammation le plus souvent accompagnée d'un écoulement plus ou moins abondant, à odeur fétide (*gonorrhée bâtarde des auteurs*).

Les causes de cette affection sont de deux espèces ; elles tiennent à l'individu et à l'action du coït. Ainsi, la balanite ne s'observe guère que chez des sujets qui ont un excès de longueur dans le prépuce, mettent difficilement le gland à découvert, et chez lesquels la sécrétion sébacée est abondante ; mais elle survient le plus souvent, bien qu'elle puisse se développer quelquefois spontanément, après un coït réitéré avec une femme dont les parties génitales sont étroites, affectée de leucorrhée, pendant le cours de ses règles, ou enfin dans un état extrême de malpropreté.

Il semble alors qu'il soit nécessaire que ces deux circonstances soient réunies : excès de longueur du prépuce et défaut de soins de propreté chez l'homme, puis écoulement leucorrhéique et malpropreté chez la femme. Si, en effet, la sécrétion agglomérée entre le gland et le prépuce était suffi-

sante, par son séjour prolongé, pour irriter la muqueuse et déterminer la balanite, on l'observerait très-fréquemment chez des hommes du peuple, qui négligent totalement les soins de propreté. Cependant, nous voyons chaque jour des malades qui conservent par négligence une quantité considérable de cette matière sébacée sans que la muqueuse sorte de son état physiologique.

Cependant il est vrai de dire que dans quelques cas la balanite se développe spontanément chez les enfans, et quelquefois chez les adultes.

L'inflammation de la muqueuse du gland et du prépuce peut être simple; mais, dans quelques cas, cette muqueuse est recouverte de très-légères ulcérations. Son épithélium est enlevé par plaques. Dans tous les cas, sa sécrétion est considérablement augmentée, et l'écoulement qui en résulte répand une odeur des plus fétides.

Le plus ordinairement c'est une affection fort légère; mais quelquefois l'inflammation produite est telle qu'il peut en résulter la gangrène du prépuce, ce qui est fort rare. Elle peut aussi s'étendre du gland dans le canal de l'urètre; mais M. Cullerier n'a jamais vu cette inflammation passer du canal de l'urètre à la muqueuse du gland. Enfin, la balanite peut devenir chronique, et produire l'induration du prépuce.

Ce gonflement inflammatoire peut être aussi le premier degré des chancres du gland et du prépuce; mais la balanite est fort distincte de cette dernière affection, et ne doit point être confondue avec elle. Dans le cas de phimosis, le diagnostic devient difficile; mais cette distinction est alors peu importante.

Le mucus âcre qui s'écoule de ces parties enflammées, porté sur les grandes lèvres et le vagin de la femme, peut y déterminer un écoulement semblable. La balanite est donc contagieuse dans certains cas; mais il ne s'ensuit pas qu'elle soit de nature syphilitique. Il existe, en effet, beaucoup d'affections des parties génitales qui se communiquent dans l'acte du coït, et ne sont point de nature syphilitique, c'est-à-dire ne déterminent jamais d'infection consécutive. La balanite semble être de ce nombre; c'est une simple inflammation, déterminée par les causes que nous avons énumérées, mais qui ne réclamerait point un traitement spécial quand même on attacherait l'idée d'une vertu préservatrice à ce traitement dans les différens symptômes syphilitiques.

L'affection que nous décrivons peut faire croire à l'existence d'une urétrite, parce que le pus sécrété par la muqueuse préputiale pénètre dans l'orifice de l'urètre, comme celui qui provient de l'inflammation de la muqueuse du vagin, pénétrant dans ce même canal, a fait croire, dans un très-grand nombre de cas, à l'existence d'une urétro-vaginite. Il était donc important d'arrêter l'attention sur ce symptôme, qui semble avoir été négligé par beaucoup d'auteurs.

On peut rapprocher de la balanite l'inflammation de l'orifice de la vulve et l'inflammation du col utérin. Dans certains cas, la muqueuse des grandes lèvres, des nymphes et des caroncules est assez fortement irritée, et il s'en écoule un mucus tout-à-fait semblable à celui de la balanite. Ce gonflement inflammatoire de la muqueuse est quelquefois porté au point de fermer l'orifice du vagin et de produire ainsi une sorte de phimosis. L'épithélium se détache aussi par plaques, et laisse ainsi la muqueuse à nu, sans toutefois qu'il existe de véritables ulcérations.

Cette affection est le produit du contact du gland enflammé, ou plus souvent encore du coït répété; elle est assez commune chez les filles publiques (1) et chez celles qui vivent dans une malpropreté extrême. Il s'amasse en effet chez elles, entre les grandes lèvres et les nymphes, une humeur sébacée tout-à-fait analogue à celle qu'on observe sous le prépuce de l'homme. Cette sécrétion est très-abondante chez celles qui se livrent à la masturbation, comme on peut l'observer chez une des malades qui, dans ce moment encore, est dans les salles des Vénériens. Or, le coït est la cause déterminante de ces blennorrhagies bâtardes chez ces femmes, de même que chez les hommes dont le prépuce a un excès de longueur.

Peut-être pourrait-on trouver plus de ressemblance encore avec la balanite dans l'inflammation de la muqueuse qui recouvre le col utérin. Il est rare que les femmes que nous voyons examiner au spéculum aient le col de la matrice parfaitement sain. Nous avons dit que, dans beaucoup de circonstances, il était le siége de nombreux ulcères, véritables chancres, qui se transportent par contagion sur le gland de l'homme beaucoup plus facilement encore que lorsqu'ils siégent à l'orifice de la vulve (2); mais, dans un grand nombre de cas, on trouve cette partie légèrement gonflée; l'épithélium qui la recouvre est soulevé et détaché par petites plaques, qui font paraître la muqueuse plus rouge, plus sensible au contact. Souvent, en outre, le col, ainsi enflammé, est baigné d'un liquide purulent, quoique le vagin soit à l'état sain. Ce liquide s'amasse entre le museau de tanche et le repli de la muqueuse vaginale, s'agglomère dans ce point, et entretient par sa présence l'irritation qui l'avait produit.

Cette irritation de l'orifice de la vulve et celle du col utérin, sont, en général, de même que la balanite, une affection fort légère, qui cède à quelques soins de propreté; mais, dans d'autres circonstances, elle revient avec opiniâtreté, et passe à l'état chronique. Il en résulte alors pour la femme une véritable incommodité, qui se renouvelle toutes les fois que le coït est pratiqué, et qui cependant, de même encore que la balanite, ne produit jamais l'infection consécutive.

---

(1) Le coït répété détermine une irritation de l'orifice des parties génitales, avec sécrétion d'un mucus infecte qui a la plus grande ressemblance avec celui qui s'écoule de dessous le prépuce dans la balanite. Un des médecins chargés de procéder à la visite des filles soumises à la police, M. le docteur Petit, nous a assuré l'avoir rencontrée un très-grand nombre de fois. Il l'avait remarquée portée au plus haut point chez une fille qui se plaignait de vives douleurs dans les cuisses, dans les aines et dans les lombes, et qui assurait avoir eu la veille communication avec vingt hommes. Cette irritation peut d'autant mieux faire croire à l'existence d'une blennorhagie, qu'on sait que cette dernière débute presque toujours par l'orifice du vagin, d'où elle s'étend ensuite plus profondément dans ce canal.

(2) Cette circonstance nous explique pourquoi des femmes que l'on croit parfaitement saines, ou qui semblent n'avoir qu'un léger écoulement, communiquent des symptômes multiples de vérole.

D'autres fois aussi ce n'est que le premier degré d'une vaginite ou de chancres du museau de tanche : il faut établir cette distinction avec le plus grand soin.

Telle est l'affection que les auteurs modernes ont désignée sous le nom de balanite, et sur laquelle l'attention des praticiens devait être attirée. Cette analogie, que M. Cullerier fait remarquer entre l'inflammation du gland chez l'homme et celle du col utérin et de l'orifice de la vulve chez la femme, nous semble complète sur tous les points ; car il y a indentité dans la cause, le développement, la marche et le résultat de la maladie, et le traitement que nous allons exposer est absolument le même dans ces différens cas.

Le plus souvent quelques lotions et injections avec l'eau de guimauve, et des soins de propreté, suffisent à la guérison de la balanite; ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'on est obligé de recourir aux évacuations sanguines, à la diète et aux boissons adoucissantes. Quand il y a phimosis, soit naturel, soit accidentel, on fait, plusieurs fois dans la journée, des injections émollientes entre le gland et le prépuce. Ce n'est que dans un très-petit nombre de cas, comme nous aurons occasion de le dire en parlant des chancres, qu'on est obligé de recourir à l'opération du phimosis. Mais une précaution indispensable, lorsque la balanite persiste ou passe à l'état chronique, est d'introduire un corps étranger, tel que de la charpie ou du linge, entre le gland et le prépuce, afin d'empêcher le contact des parties enflammées. On devrait aussi recourir aux même moyens dans l'inflammation de la muqueuse du col, et introduire, à l'aide du spéculum, de la charpie sèche dans le cul-de-sac que forme la muqueuse vaginale en se repliant sur le museau de tanche. Enfin, quand la balanite est passée à l'état chronique, des lotions froides ou légèrement astringentes peuvent modifier la sensibilité de la muqueuse ; des cautérisations avec le nitrate d'argent, ou enfin l'incision du prépuce induré, sont les moyens qui nous restent pour enlever une maladie qui, légère dans son origine, peut devenir, par l'incurie des malades, assez difficile à déraciner.

Telles sont les opinions de M. Cullerier sur les causes, la nature et le traitement de la balanite. Cette affection est la plus légère de celle que l'on rencontre aux parties génitales et pour lesquelles les malades réclament quelquefois nos soins. Il serait inutile d'ajouter des exemples aux considérations que l'on vient de lire ; il nous suffira sans doute d'avoir appelé l'attention des praticiens sur une affection assez commune et qui, dans un grand nombre de cas, a causé des erreurs de diagnostic.

—

Considérations générales sur la blennorrhagie dans les deux sexes, sa nature, son siége, le moyen de la distinguer du catarrhe utérin, ses différens degrés de contagion.

La blennorrhagie est l'inflammation du canal de l'urètre, ou de la vulve et du vagin, accompagnée le plus ordinairement d'un écoulement puriforme fort abondant, eu égard aux surfaces enflammées, et dont les caractères varient suivant les périodes et les individus. C'est le symptôme le plus commun dans les deux sexes, quoiqu'en général on lui accorde peu de gravité. La difficulté qu'on éprouve parfois à la détruire complétement nous obligera à traiter assez longuement d'une affection que l'on rencontre à elle seule peut-être aussi fréquemment que toutes les autres réunies. Les détails dans lesquels nous allons entrer ne porteront d'ailleurs uniquement que sur des points intéressans pour la pratique, négligeant à dessein des faits généraux qui se trouvent dans tous les ouvrages sur les affections syphilitiques.

On a souvent demandé si la blennorrhagie était bien de nature syphilitique, si elle produisait par contagion des chancres, des bubons, et par suite l'infection consécutive ? M. Cullerier distingue deux sortes de blennorrhagie : l'une véritablement syphilitique, pouvant déterminer par contagion des symptômes multipliés et consécutifs ; et l'autre simplement inflammatoire, contagieuse, il est vrai, mais pouvant se développer par le contact avec abus de deux individus parfaitement sains.

Cette dernière espèce est beaucoup moins rare qu'on ne le pense communément ; il n'est pas de semaines, de jours peut-être, que M. Cullerier n'en rencontre des exemples. Ainsi, souvent dans les ménages ces accidens s'observent sans qu'il y ait eu infidélité d'un des deux époux ; d'autres fois le mari déclare avoir vu une femme suspecte un mois, six semaines auparavant; puis, sa femme étant arrivée, il y a eu rapprochement entre eux, et au bout de quelques jours il s'est déclaré un écoulement. Cependant sa femme est saine ; et réciproquement des hommes ont ainsi causé le développement d'écoulemens blennorrhagiques qu'ils n'avaient pas.

On sent que, pour tirer quelque conclusion de ces exemples, il faut avoir une pratique immense, et qu'une longue expérience peut seule donner quelque valeur à ces curieuses observations qui, prises isolément et en petit nombre, ne feraient que jeter quelques doutes dans notre esprit: Aussi est-ce en s'appuyant sur vingt-cinq années d'expérience et d'observation que M. Cullerier est arrivé à conclure que deux individus vierges pourraient dans certaines circonstances, par l'abus du coït, déterminer une irritation assez vive pour que chez l'un des deux, ou chez tous les deux à la fois, il se déclarât une blennorrhagie très-aiguë, très-douloureuse, souvent même assez rebelle aux moyens de traitement. Cette blennorrhagie peut même déterminer la formation de bubons sympathiques, le gonflement des testicules, l'inflammation des articulations, et tous les accidens qui accompagnent quelquefois la blennorrhagie syphilitique; mais il est évident qu'elle ne saurait produire d'infection consécutive.

Si la blennorrhagie non syphilitique peut se développer par le contact de deux individus parfaitement sains, on l'observe bien plus fréquemment sur des individus malades, mais qui n'offrent aucun symptôme de vérole. Ainsi, certaines affections de l'utérus, des écoulemens âcres, des flueurs blanches, la matière des règles, et surtout la malpropreté, ou un état maladif général, peuvent déterminer par contagion des blennorrhagies très-intenses. Ces exemples sont très-communs, et il faut que le praticien se garde bien de considérer comme syphilitique un écoulement dont la nature est tout-à-fait différente. Nous avons vu pendant quelques jours, dans les salles, une jeune fille qui n'avait

pas d'autre symptôme qu'un écoulement très-peu abondant. Examinée au spéculum, elle offrit les parties génitales parfaitement saines. Le col seul était peut-être un peu plus rosé que dans l'état ordinaire. Il s'écoulait de l'orifice de l'utérus un mucus blanchâtre ressemblant à du blanc d'œuf, comme celui du catarrhe utérin. Cette jeune fille déclarait avoir déterminé chez trois hommes le développement d'une blennorrhagie. Etait-ce une blennorrhagie utérine, ou la légère rougeur du col avait-elle été pour quelque chose dans la contagion? Le peu de gravité de la maladie, la promptitude avec laquelle elle céda à quelques lotions émollientes, et surtout la nature du liquide filant et visqueux, firent croire plutôt qu'il n'existait qu'un catarrhe utérin, et que les blennorrhagies communiquées n'avaient rien de syphilitique.

Nous n'avons point encore eu occasion d'observer dans les salles de M. Cullerier des blennorrhagies suites des affections rhumatismales ou goutteuses; mais ce médecin pense qu'il existe entre la goutte, le rhumatisme et la blennorrhagie une liaison que l'acte du coït rend sensible. Ainsi très-fréquemment des individus sujets à des accès de goutte se livrant au coït, une blennorrhagie se déclare et la goutte reparaît aussitôt. Il en est de même du rhumatisme articulaire. Dans tous ces cas la blennorrhagie n'a paru qu'à la suite du coït; en d'autres termes, les individus goutteux et rhumatisans lui semblent plus disposés que d'autres à contracter une blennorrhagie; mais il n'a jamais vu cette affection se produire spontanément chez eux et sans que le coït eût été exercé.

On sent qu'il n'existe aucun moyen de distinguer ces diverses espèces d'écoulemens blennorrhagiques; cette distinction ne serait pas d'ailleurs d'une très-haute importance. On n'en peut dire autant du catarrhe utérin, désigné sous le nom de flueurs blanches, perte en blanc, etc. Il importe beaucoup de distinguer cette affection de la blennorrhagie; et il faut convenir que dans la plupart des cas cette distinction est difficile à établir quand la vaginite est à l'état chronique.

Les flueurs blanches viennent, comme on sait, de la cavité même de l'utérus (catarrhe utérin). Le spéculum introduit, on aperçoit souvent la partie supérieure du vagin remplie d'un mucus blanchâtre. Si l'on fait avec une seringue ordinaire une forte injection, on peut voir le col embrassé par l'instrument, et au bout de quelques instans une goutte d'un mucus visqueux s'échappe par l'orifice utérin; et chez certaines femmes ce mucus coule avec une très-grande abondance. On peut donc toujours distinguer, avec le spéculum, si l'écoulement vient de la matrice elle-même, ou s'il est le produit d'une vaginite; mais quand, par des circonstances énumérées ailleurs, on ne peut pas appliquer cet instrument, il faut bien s'en rapporter à certains signes plus ou moins équivoques. Ainsi, le produit de la vaginite est ordinairement blanc, jaune verdâtre, crémeux, offrant plus ou moins les caractères du pus; la matière des flueurs blanches, au contraire, est visqueuse, d'un blanc plus clair et ordinairement semblable au blanc d'œuf. Mais quand cet écoulement utérin a séjourné pendant quelque temps dans le vagin, il prend un peu des caractères de l'écoulement vaginal, et il est fort difficile alors de distinguer l'une de l'autre ces deux sécrétions.

Toutes les fois que les praticiens sont consultés par les femmes, et l'on sait que cette circonstance se présente très-fréquemment, sur la nature de l'écoulement dont elles sont affectées, il est donc indispensable d'appliquer le spéculum, à moins qu'on n'aperçoive des signes évidens de vaginite.

Nous avons supposé jusqu'ici que l'écoulement blennorrhagique avait son siége dans le vagin; c'est qu'en effet, dans la très-grande majorité des cas, l'urètre est exempt de cette inflammation. Quoiqu'on ait quelquefois avancé que l'urétro-vaginite était fort commune, l'expérience prouve que le vagin est presque toujours seul enflammé. Au dernier examen fait dans les salles de M. Cullerier, quinze ou dix-huit femmes environ étaient atteintes de blennorrhagie. Le doigt, introduit dans le vagin et ramené à l'extérieur en pressant sur la longueur de l'urètre, n'a fait sortir quelques gouttes de pus de ce canal que chez deux femmes seulement; encore est-il resté prouvé que chez l'une d'elles le pus s'était introduit du vagin dans l'urètre qui était resté à l'état sain. Il est probable que cette dernière circonstance a été la cause de l'erreur dans laquelle sont tombés ceux qui ont cru rencontrer fréquemment l'urétro-vaginite.

Mais il ne suffit pas que l'on ait reconnu que l'écoulement provient de l'intérieur de l'utérus, pour que l'on croie à l'existence d'un simple catarrhe utérin, puisqu'il peut arriver que la muqueuse utérine soit elle-même le siége d'une affection syphilitique : mais ces cas sont assez rares.

Au reste, il est bien prouvé, comme nous l'avons dit plus haut, que ces différens écoulemens, quelle que soit leur nature, peuvent être contagieux. Trop d'exemples se sont présentés à l'observation de M. Cullerier pour que ce médecin conserve encore des doutes à ce sujet. Cependant il est vrai de dire que des individus atteints de blennorrhagie très-intense se livrent au coït sans que l'autre sexe contracte aucun écoulement; que plusieurs individus voient une femmes infectée, et que l'un d'eux seulement contracte la blennorrhagie sans qu'on en ait donné des raisons satisfaisantes. Les faits ne sont pas assez précis pour qu'on puisse assurer qu'un homme atteint de blennorrhagie peut déterminer par le coït le développement de chancres ou de bubons. Quoi qu'il en soit, M. Cullerier, avec beaucoup d'auteurs, n'admet de contagion possible qu'autant que la surface ulcérée ou le liquide sécrété aura été en contact immédiat avec une partie saine, et en effet, l'expérience de tous les jours nous en offre la preuve. Le coït est exercé impunément avec les individus atteints de symptômes consécutifs, tels que carie, exostose, ulcères de la gorge, du nez, de la peau, etc. Si dans les cas d'ulcères de la bouche le rapprochement des sexes a déterminé la contagion, c'est par ce contact immédiat.

Nous avons cité dans un autre article des faits qui prouvent que le vacein, développé sur un enfant atteint de syphilis, pouvait être inoculé à d'autres enfans sans leur communiquer la vérole. Dans les salles des nourrices, plusieurs enfans sont dans ce moment allaités par des femmes affectées d'écoulement, de végétation, de chancres de la vulve, et n'en jouissent pas moins d'une santé parfaite. L'une de ces femmes a à la fois des chancres, un écoulement et des pustules muqueuses, et son enfant qu'elle allaite est très-bien

portant; et réciproquement des nourrissons infectés sucent le lait de leurs nourrices, sans qu'on observe chez elles le moindre résultat fâcheux. L'un d'eux atteint d'un coryza syphilitique, de pustules muqueuses, et cela aux plis des cuisses et aux parties génitales (affections qui ont cédé à l'application d'une pommade mercurielle très-légère), prend depuis huit mois impunément le sein de sa mère atteinte d'une affection fort grave du col de l'utérus.

Il nous reste à parler, comme dernière variété de blennorrhagie, de celle qui a son siége dans le rectum, et qui est le résultat du contact immédiat des parties de l'homme infectées. Cette affection n'est pas très-rare; les filles publiques en offrent d'assez nombreux exemples; et l'écoulement qui s'échappe alors par l'anus est tout-à-fait semblable à celui qui coule du vagin. Il n'existe entre ces deux affections absolument aucune différence.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

FÉVRIER, 1834.

CHOLÉRA-MORBUS.

—

Recherches sur le choléra de 1833 comparé au choléra épidémique de 1832, par M. Gaudet, D.-M. P.

Le choléra s'est-il établi définitivement parmi nous? Peut-on le compter au nombre des maladies que la médecine doit rencontrer à certaines époques de l'année, comme la rougeole, la scarlatine, etc.? Ces questions ont été décidées de prime-abord et affirmativement par beaucoup de médecins. Il me semble que la solution en est peu importante, que c'est d'ailleurs à l'avenir à nous la fournir, et qu'il est plus philosophique de commencer par étudier le choléra en lui-même, dans ses retours épidémiques ou dans ses réapparitions isolées, dans les modifications que ses élémens ont subis depuis son apparition première, et enfin dans toutes les circonstances particulières avec lesquelles il pourra se présenter à celui qui sait observer les faits sans préoccupation systématique.

Le moment est peut-être venu de dissiper une partie des ténèbres qui règnent sur la nature et le traitement du choléra. L'observateur, en présence des faits isolés ou peu nombreux, aura plus de temps pour scruter ces deux énigmes qu'au temps où son irruption n'apporta que surprise et qu'effroi. Pourquoi ne pas l'avouer? Chez l'homme le plus dévoué, le sentiment de la conservation est toujours placé à côté de son ardeur à rechercher la vérité, et uni le plus souvent au calme et à la liberté d'esprit nécessaires dans les investigations de ce genre.

Un certain nombre de cholériques ont été vus à l'hôpital de la Charité pendant le mois d'octobre de l'année dernière. Mon ami, le docteur Dalmas, fut chargé du service spécial qu'on créa pour les isoler des autres malades. Je dois à l'obligeance si connue de M. Lerminier d'avoir observé avec la plus grande facilité ceux qui arrivèrent dans ses salles durant le mois de décembre.

Il m'a semblé intéressant de signaler les différentes formes que le choléra a affectées dans ces deux réapparitions, où il ne s'est montré que rarement avec le cortége complet des caractères de l'épidémie de 1832. En effet, au lieu d'imprimer, comme à cette époque, ses stigmates distinctifs, et le plus souvent identiques, aux malades que j'ai eus sous les yeux, il a paru, au contraire, se plier à certaines de leurs conditions individuelles et à la physionomie des maladies qui lui ont servi de point de départ, ou qui ont existé simultanément avec lui.

Il ne s'est offert qu'une fois avec des phénomènes différens. Dans tous les autres cas, je le répète, il n'a présenté qu'un nombre moins grand ou une atténuation marquée de ses phénomènes caractéristiques, et ces dernières modifications ont toujours été relatives aux plus douloureux ou aux plus graves d'entre eux. Voilà en quoi ces nouveaux choléras s'éloignent surtout du grand type de 1832. On peut les rapprocher avec justesse de ceux qui ont marqué la fin de l'épidémie; alors qu'elle allait s'évanouissant et que son intensité affaiblie se reconnaissait aussi bien à l'absence ou l'atténuation de ses phénomènes ordinaires qu'à l'abaissement du chiffre de la mortalité.

De cela, il résulte que l'histoire du choléra devra être augmentée d'un chapitre consacré à cette forme qui s'est montrée jusqu'ici comme un spécimen quelquefois altéré et le plus souvent affaibli de cette maladie.

Les faits de ce choléra que j'ai observé sont au nombre de douze. D'après leurs différences et leurs affinités, ils se rangent naturellement en quatre sections. Ils ont tous servi à la rédaction de cet article, bien que je me sois borné à n'en relater que l'histoire abrégée dans chaque section.

La première section se compose de phthisiques séjournant à l'hôpital depuis un temps plus ou moins long, et qui étaient arrivés déjà à la diarrhée colliquative.

A la visite du matin, on les entendait exhaler des plaintes; on les trouvait avec les extrémités refroidies, l'expression cholérique du visage (traits affaissés, nez effilé, excavation des yeux), l'altération de la voix, la langue pâle, humide, à peine tiède à la pointe; un redoublement de leur dévoiement habituel, mais sans vomissemens. Le pouls avait disparu.

Dans la marche de ce choléra, on ne retrouvait plus les deux périodes de froid et de réaction. Au

froid succédait simplement le retour du pouls et de la chaleur des extrémités. Pendant la durée des nouveaux accidens, la toux et les crachats se suspendaient. Si le malade ne succombait pas par le fait du contact cholérique, la diarrhée était remplacée par une constipation de plusieurs jours, les symptômes ordinaires de l'affection thoracique reparaissaient avec plus d'intensité, qu'auparavant, et on s'apercevait bien que le malade avait perdu davantage en nutrition et en forces que par le cours naturel de cette maladie première. Pourtant, la durée des phénomènes cholériques n'allait pas au-delà de vingt-quatre à quarante-huit heures, qu'ils entraînassent ou non la mort des individus.

Obs. I. — Le premier cas n'arriva qu'une fois. Le malade ne rendait plus d'urine; il avait beaucoup d'étouffement épigastrique; son ventre était vivement douloureux à la pression. Il s'éteignit sans avoir cessé de rendre involontairement des selles liquides. A l'ouverture de son cadavre, on trouva réunis les caractères anatomiques de la phthisie pulmonaire et quelques-uns de ceux du choléra.

Phénomènes anatomiques du choléra. — Estomac rétracté, plissement longitudinal de la muqueuse, moitié pylorique en moins, n'ayant que le calibre du duodénum. — Duodénum et jéjunum enduits à l'intérieur d'une épaisse couche de matières blanchâtres, presque poisseuses, adhérant aux parois intestinales, comme on le voit si souvent dans le choléra. — Iléon contenant beaucoup de ces matières à un état moins marqué de viscosité, colorées en rougeâtre orangé. Ces matières jaunes tournaient à l'apparence sanguinolente dans le gros intestin. — Absence de développement folliculaire; injections capillaires répandues çà et là entre les ulcérations intestinales propres aux phthisiques. — Vésicule du foie pleine de bile; parenchyme rouge, laissant suinter du sang par les orifices veineux seulement. — Vessie contractée contenant à peine deux cuillerées d'urine.

En 1832, il ne fut pas rare de voir des phthisiques frappés par l'épidémie cholérique. Alors, comme aujourd'hui, la diarrhée inévitable qui survient chez eux tôt ou tard était le point de départ du choléra. On dut s'étonner que certains d'entre-eux survécussent à cette maladie meurtrière; car elle ne se montra pas chez eux aussi affaiblie et aussi incomplète dans ses symptômes que dans les faits précédens. Chez les deux premiers phthisiques de cette section, ils disparurent avec une promptitude inespérée, tandis qu'ils tuèrent le troisième. Celui-ci comme ceux-là en plus, ne présenta pendant sa vie que le tableau imparfait d'un choléra, et après la mort on ne trouva non plus chez lui que l'ébauche des lésions anatomiques propres à cette maladie.

A quoi tient cette sorte d'atténuation du choléra chez ces phthisiques? Est-ce que l'influence inconnue qui précède son développement chez des invidus affaiblis par une affection chronique, n'agit dans la génération de ses caractères anatomiques et physiologiques qu'en raison directe de leurs forces et en proportion des conditions nouvelles où se trouve chez eux l'élément sanguin? On a signalé, sans réussir à l'expliquer, le rôle que joue l'altération du sang dans cette maladie. On a été jusqu'à dire que cette altération était le fait primitif du contact épidémique. Il est certain que celui-ci imprime au sang des changemens que nous reconnaissons à quelques caractères physiques, en plus que la chimie ne nous a fait connaître qu'imparfaitement jusqu'ici et que nous ignorons entièrement, quant à la part que ces modifications peuvent avoir dans la production des phénomènes morbides et quant à leur influence sur le principe même de la vie.

Poursuivant cette donnée, je rappellerai que la phthisie pulmonaire, plus qu'aucune autre maladie chronique, a pour effet, non-seulement de détruire localement les organes, mais encore d'appauvrir les matériaux du sang et d'en diminuer la quantité.

Si les phthisiques sont anémiques, l'influence délétère du choléra ne doit s'exercer chez eux que sur une quantité minime de sang, et la quantité de celui qui stagne dans les capillaires veineux du canal intestinal doit être proportionnée à cette masse diminuée. C'est ce qui peut servir à expliquer une partie des différences que ces phthisiques ont présentées dans les symptômes les plus constans du choléra, les vomissemens et les selles diarrhéiques, s'il est vrai que ces symptômes tiennent à la transudation du *sérum* du sang à travers les parois cappillaires. Les vomissemens n'ont pas existé chez ces malades, et la diarrhée habituelle à leur état s'est exaspérée seulement à un degré qui était sans proportion avec les garde-robes des cholériques atteints au milieu d'une santé intacte.

Serait-ce à cette même cause qu'il faudrait rapporter l'algidie si faible et l'absence de cyanose et de réaction consécutives, phénomènes ordinaires du choléra? Les membres de ces malades n'étaient pas refroidis; à peine remarqua-t-on une légère coloration bleuâtre sur quelques points de leur visage.

Dans une question aussi délicate, qui touche de si près à la nature du choléra, il est difficile de se décider pour une explication absolue. On doit s'en tenir à faire passer les faits par celles de ces explications qui ont quelques degrés de probabilité. Ainsi, on se demande aussi si cette absence ou cet affaiblissement des phénomènes cholériques observés chez des phthisiques ne tiendraient pas plutôt à ce que l'influence inconnue qui les développe à perdu de son intensité à l'époque où nous sommes. Cette interprétation semble prouvée par les faits de la seconde section.

A cette section appartiennent trois individus qui se trouvaient déjà affaiblis ou prédisposés au choléra par une maladie antérieure (une névralgie sus-orbitaire très-douloureuse), par un traitement analogue dans ses effets à quelques symptômes cholériques (méthode de la Charité contre la colique de plomb), et enfin par la suppression d'un ulcère ancien de la jambe.

Obs. II. — Après une journée de malaise, une femme de 25 ans, peu forte, convalescente d'une névralgie faciale guérie par l'usage assez long du sulfate de quinine, fut prise de diarrhée, de nausées et de vomissemens reitérés.

Symptômes propres du choléra. — Tendance au réfroidissement des pieds; respiration plaintive; épigastralgie; pression obtusément douloureuse à l'épigastre; soif dévorante; langue cotonneuse, humide; fortes coliques; urines rares; besoin fréquent d'uriner; pouls à peine sensible.

Symptômes non-cholériques. — Absence de l'altération cholérique de la face et des yeux; chaleur normale du visage et des mains; urines faciles, quoique rares; absence des crampes.

Il n'y eut pas de réaction marquée chez cette femme. Le pouls revint à son calibre naturel, en même temps que le dévoiement cessa. La constipa-

tion succéda à celui-ci, mais la soif et les vomissemens survécurent long-temps à tous les autres symptômes. Après huit jours sa convalescence était entière.

Ce choléra où les symptômes caractéristiques n'étaient que faiblement dessinés ou bien manquaient au tableau de la maladie, ne fut pas rare, comme on sait vers le déclin de l'épidémie de 1832. A peu de chose près, il se présenta au même degré chez les malades de cette catégorie, et il ne diffère pas beaucoup de celui qui vient d'être étudié chez des phthisiques, si ce n'est qu'ici les vomissemens existèrent et se prolongèrent même avec opiniâtreté. Chez les uns, comme chez les autres, ce sont les phénomènes généraux qu'on trouva absens, tandis que l'action locale de la maladie (le ralentissement du cœur, les sécrétions morbides du tube digestif, etc.), sembla résister en tout ou en partie à ces variations. Pourtant les conditions des premiers et des seconds ne se ressemblaient pas, quant à l'appauvrissement du sang par une maladie antérieure. Ce fait établit le mieux l'opinion qui regarderait l'atténuation ou l'absence de quelques caractères cholériques, comme le résultat de l'affaiblissement de la cause inconnue et génératrice du choléra.

J'ai mentionné combien les vomissemens furent opiniâtres chez la femme qui fait le sujet de l'observation précédente. On serait tenté d'attribuer leur persistance et même l'origine de ce choléra à l'usage long-temps continué du sulfate de quinine, si on ne connaissait l'exaltation nerveuse et la disposition spasmodique des femmes. Qui ne sait que chez elles les affections les plus légères de l'estomac, sont le plus souvent accompagnées de vomissemens; que ceux-ci résistent parfois à tous les remèdes, alors même que cette affection légère n'existe pas?

Obs. III. — Chez le second malade qui était un jeune homme, les vomissemens disparurent les premiers. La cause qui a paru favoriser le développement du choléra est bien plus évidente : il avait la colique des peintres; elle n'a point été le point de départ, car rien ne ressemble moins que les symptômes et la nature présumée de cette maladie aux élémens corrélatifs du choléra. Mais au contraire, le traitement de la Charité tend à ramener ces deux affections à une certaine analogie. Un fait pareil se répéta une seconde fois dans un autre service. Dès-lors on mitigea la rigueur de cette méthode vomi-drastique. A cette occasion on acquit une preuve nouvelle de son efficacité, en tant qu'elle est suivie dans toute sa latitude. Tant que la prudence obligea à cette réserve, on vit les maladies saturnines se traîner hors de leur durée ordinaire, avec des mieux passagers, avec des retours imparfaits de quelques-uns de leurs symptômes, et les individus qui en étaient affectés quitter l'hôpital incomplétement guéris.

Dès la fin du premier jour, ce qu'on appelle la période de réaction commença chez ce jeune peintre; on la vit s'élever graduellement et ne cesser que pour faire place au rétablissement. Son premier effet fut de faire disparaître les vomissemens, tandis que la diarrhée persista encore. Le retour de l'émission urinaire fut le signal de sa diminution et du mieux-être général. Avec ces signes de réaction se dessinèrent fortement les traits de cette terminaison typhoïde qui a été signalée dans les épidémies cholériques.

Etat typhoïde. — Etourdissemens et bourdonnemens d'oreilles en essayant de s'asseoir; pas de délire; langue et lèvres rouges et sèches; dents encroûtées; soif; sensibilité et ballonement du ventre; persistance des coliques et de la diarrhée; exacerbation fébrile vive vers la fin de chaque journée; éruption pétéchiale sur le corps. Au bout de quatre jours ces phénomènes firent place à une convalescence qui ne se démentit pas jusqu'à parfaite guérison.

C'est le moment de parler du traitement hautement stimulant qui fut employé ici dès le début des accidens cholériques, et fut continué sans dommage aucun pour la muqueuse gastrique pendant cette réaction typhoïde. Au contraire, c'est sous son influence et dès le premier jour que le vomissement cessa.

Obs. IV. — La troisième malade était une femme âgée, décrépite sous le poids des travaux de la campagne. On ne peut que signaler sans l'apprécier la part que la suppression de son ulcère habitue la pu avoir dans l'invasion des symptômes cholériques. Le rapprochement de beaucoup de maladies nées sous l'influence de causes analogues, permet de supposer qu'elle a pu n'être pas indifférente sous ce rapport.

On doit se rappeler au sujet de cette femme, que l'épidémie dernière a fait voir trop souvent toute la gravité du choléra chez les vieillards. Ils présentaient ordinairement tous les signes de l'algidie la plus prononcée, sans qu'un instant le plus léger commencement de réaction vînt à poindre. Le collapsus du froid augmentait jusqu'à la mort. Cette nuance terminait leur vie en quelques heures et plus rarement dans l'espace entier des 24 heures. C'est avec des circonstances semblables, mais accompagnées de l'affaiblissement de phénomènes cholériques, que mourut cette femme après 24 heures de choléra.

Un fait dont j'ai été récemment témoin, trouve place dans cette section et à côté de cette vieille cholérique, par l'analogie de plusieurs points de son histoire. Il servira à faire connaître la relation qui existe entre les lésions et les symptômes du choléra qui se montre à ce degré.

Obs. V. — Un dysentérique de 60 ans fut pris de symptômes cholériques semblables à ceux des malades précédens. Il resista aux phénomènes algides et succomba avec subdelirium, après 24 heures d'une réaction typhoïde très-prononcée. Les lésions cadavériques furent exactement proportionnées, quant à leur nombre et à leur intensité, à ce qui fut observé pendant la vie. Nulle roideur cadavérique; nulle apparence de développement folliculaire. Celui-ci n'apparaîtra que dans le choléra complet qui fait partie de la section suivante.

La troisième section renferme les cholériques venus du dehors, frappés sans état morbide préliminaire, capable d'expliquer chez eux le développement de la maladie. Ils se rapprochent le plus des cholériques de 1832, par le début et par le tableau complet de leurs accidens et de leurs lésions. Il faut arriver à eux pour rencontrer un commencement de développement folliculaire des intestins. Malgré l'intégrité de leurs forces, au moment où ils furent attaqués, deux d'entre eux seulement présentèrent une cyanose complète; mais tous subirent (à des dégrés différens, il est vrai), les périodes algide et réactive.

Obs. VI. — Une femme nourrice de 24 ans, fut prise du choléra avec des circonstances qui méritent d'être rapportées. Elle habitait un village voisin de Paris. Aussi bien portante que jamais, elle vint en ville le di-

manche, visiter de ses amis. Arrivée à onze heures, elle éprouva subitement de la diarrhée et des vomissemens, sans avoir été soumise à aucune cause morale ou physique capable de les provoquer. Le soir même les crampes survinrent en plus. La malade fut apportée à l'hôpital dans la nuit.

Le lendemain matin :

Période algide.—Crampes des membres laissant après elles tomber la malade dans la somnolence cholérique; raison intacte; absence de céphalalgie; refroidissement notable des extrémités et du nez; respiration ralentie; figure conservant une partie de sa coloration habituelle; teinte légèrement violacée des lèvres; yeux excavés, mi-clos; voix complétement éteinte; refus de parler, soit qu'elle ne puisse être entendue, soit qu'elle ne puisse articuler ses mots; langue refroidie; soif vive; diarrhée aqueuse, coulant comme un robinet de fontaine; absence des vomissemens; à la pression, sensibilité obtuse à l'épigastre, vive à l'ombilic, nulle aux flancs; pouls difficile à trouver; persistance de la sécrétion lactée; seins douloureux et gonflés.

Cet état dura 24 heures, à dater de l'invasion des premiers symptômes.

Période de réaction.—Mains réchauffées et rougies par les synapismes; figure plus naturelle; somnolence cholérique; yeux clos; lèvres vermeilles; respiration lente; pouls développé sans fréquence.

Cette réaction fut courte et modérée; le mieux qui la suivit permit, au bout de peu de jours, de considérer la malade comme arrivée à une convalescence assurée. Elle attendait le retour de ses forces pour sortir, quand elle offrit les signes d'une pleuro-pneumonie aiguë qui la fit promptement succomber.

Obs. VII, VIII et IX.—Trois autres femmes d'âge adulte jouissaient de la meilleure santé, lorsqu'après quelques jours de simple diarrhée, elles éprouvèrent les premiers symptômes du choléra. Toutes guérirent après des symptômes beaucoup plus prononcés qu'on ne l'a vu dans les sections précédentes. L'une d'elles offrit, pendant la période de réactions ce qu'on pourrait appeler peut-être une congestion simultanée de l'estomac et du cerveau. En effet, cette réaction fut marquée par une agitation extrême, par des plaintes continuelles, par un flux de paroles excitées surtout par la présence de l'observateur sans offrir pourtant les caractères du délire), par des vomissemens bilieux répétés, d'une couleur porracée, foncée, où se trouvaient quelques vers lombrics. Rien ne pouvait être gardé, et la soif était un supplice. Vers le soir il y avait des frissons et des tremblemens généraux. La figure, assez colorée, exprimait la souffrance; les sourcils étaient rapprochés; les traits prenaient quelque chose du caractère hippocratique. Malgré tout, le pouls était sans fréquence et bien calibré. Tous ces symptômes cédèrent à une éruption érysipélateuse venue à trois reprises différentes sur la face.

Obs. X et XI. — Deux hommes de constitution athlétique présentèrent d'une manière fidèle le type du choléra de 1832. L'un succomba dans la période algide, l'autre au début de la réaction. A l'autopsie, les lésions cadavériques furent retrouvées en analogie parfaite avec celles que l'observation journalière rencontrait à cette époque.

Etat extérieur.—Les cadavres étaient roides à un haut degré. Toute la surface du corps, et spécialement le visage et le cou, étaient colorés en un rouge bleuâtre.

Le tissu musculaire était rouge.

Tête.—La table interne de la voûte crânienne avait une teinte bleuâtre; les sinus veineux, les veines du rachis et de la périphérie du cerveau étaient gorgés de sang; la substance grise était rosée, la blanche était dure, luisante et piquetée de sang.

Thorax.— Les veines pulmonaires étaient remplies de sang noir; les poumons étaient colorés en un rouge vineux en arrière.

Le tissu du cœur avait une rougeur foncée; son ventricule gauche était hypertrophié concentriquement par la rétraction des fibres; l'aorte pectorale contenait une assez grande quantité de sang demi-coagulé; l'aorte ventrale était presque vide. L'oreillette droite était dilatée par une grande quantité de sang noir, caillebotté; les veines caves l'étaient aussi par du sang liquide.

Abdomen.—Un liquide transparent, filant, était exhalé à la surface du péritoine.

L'intérieur de l'estomac était tapissé par un mucus visqueux, blanc, semblable au mucus nasal; les intestins grêles renfermaient des matières plastiques, blanchâtres, mêlées de grumeaux jaunâtres, sans aucune apparence de liquide bilieux. Elles devenaient plus liquide et seulement un peu visqueuses en approchant du cœcum.

Toute la portion valvulaire de l'iléon était le siége de plaques très-circonscrites formées par une injection vasculaire, ponctuée, d'un rouge vif; elle était parsemée en outre de follicules agminées de Peyer, boursouflées, de couleur jaune blanchâtre, assez rapprochés l'un de l'autre à la région supérieure. Dans le tiers inférieur de cet intestin, on trouvait aussi par places isolées, mais voisines l'une de l'autre, de l'injection vasculaire ponctueuse, tantôt veineuse, tantôt artérielle. Enfin cette portion de l'intestin était parsemée, vers ses deux derniers pieds, d'une grande quantité de glandules brunnériennes.

Les veines du foie étaient gorgées de sang noir; la vésicule était distendue par une bile noire et filante.

Le tissu rénal était aussi très-sanguin.

La vessie était effacée et capable à peine de contenir une petite noix.

La plupart des ganglions du mésentère étaient tuméfiés, saillans aux deux surfaces du repli péritonéal; les plus volumineux étaient rouges à l'intérieur, et laissaient échapper quelques gouttelettes de sang par la pression.

La quatrième section ne contient qu'un individu : son observation est assez curieuse pour être rapportée avec quelques détails.

Obs. XII. — Un jeune homme de 19 ans, éminemment lymphatique, habitait Paris depuis cinq ans, lorsqu'il tomba malade à la suite d'un travail forcé. Il eut une forte fièvre et une anorexie complète. Deux semaines après il fut apporté à la Charité. Tout ce qu'on obtint de lui en renseignemens anamnestiques, consista à savoir qu'il avait eu l'imprudence de boire du vin chaud pour se guérir.

Symptômes cholériques. — Figure pâle; une certaine teinte bleuâtre généralement répandue sur tout le visage; surtout aux lèvres; respiration plaintive; douleur épigastrique spontanée et par la pression; vomissemens; dix selles liquides en quelques heures; pouls nul; absence de taches pétéchiales.

Symptômes négatifs. — Absence de refroidissement; aucun autre caractère cholérique du visage; pas d'excavation oculaire; voix naturelle; langue humide et chaude; urines faciles et suffisamment abondantes.

Symptômes typhoïdes. — Dès la fin du premier jour, paroles entrecoupées, tremblottantes; exacerbation fébrile le soir, avec rougeur de la face; disposition au coma.

Le deuxième jour, assoupissement, pupilles dilatées, bouche béante, dents encroûtées, langue sèche; respiration lente; signes de sensibilité à la pression du ventre nuls; abdomen ballonné; cessation de la diarrhée; peau chaude et sèche.

Mort après quinze heures d'état carotique.

Etat extérieur. — Roideur des membres inférieurs; laxité des supérieurs.

Tête. — Décoloration anémique du péricrâne, des os du crâne, des vaisseaux de la pie-mère et de la substance corticale; cerveau rétracté dans son volume; circonvolutions très-saillantes; pulpe vernissée sans gouttelettes sanguines, ferme à l'extrême; centres blancs en paires nerveuses difficile à rompre; disposition fibrillaire des organes nerveux, devenue très-apparente; les ventricules latéraux sont vides et restent béans.

Thorax. — Oreillette droite fluctuante, pleine de sang noir et liquide; veines caves distendue par le sang; ventricule gauche vide; système artériel très-étroit; absence des artères radiales; partie postérieure des deux poumons ecchymosée.

Abdomen. — Ecchymoses sous le péritoine, sur le trajet des veines du mésentère; glandes mésentériques blanches et dures, mucus visqueux de l'estomac; à sa grosse tubérosité, follicules de Brunner. Au duodénum et à la moitié supérieure de l'intestin grêle, arborisations veineuses, disséminées, fixes sur les valvules; à la dernière moitié, places isolées d'injection vasculaire; au tiers inférieur, une demi-douzaine de plaques de Peyer grisâtres peu élevées, rugueuses; vers la valvule leurs intervalles sont piquetés de follicules isolés. Cœcum rouge par bandes; colons uniformément rouges, avec follicules de Brunner; veines hépatiques gorgées de sang; vessie pleine d'urine.

Certainement on retrouve dans ce fait les traits caractéristiques de la fièvre typhoïde et du choléra. Quelle est cette maladie multiforme? Cette réunion n'a-t-elle eu lieu qu'en vertu de leur analogie; car il n'est personne qui n'en ait été frappé? Cette maladie ne représente point l'état typhoïde succédant à la période réactive du choléra, tel qu'on l'observa chez le second malade de la deuxième section.

Les élémens de ces deux maladies ainsi amalgamées se sont en quelque sorte partagé la vie du malade; on ne peut dire quel est l'élément prédominant. La maladie, dans son ensemble, reproduit la marche et la durée du choléra; mais sa terminaison est celle de la fièvre typhoïde. Tout ce qu'on connaît de son étiologie se rapporte aux causes préparatoires de celles-ci: adolescence, forte fièvre accompagnée d'inappétence, surexcitée par du vin chaud. On sait combien ce dernier fait se rencontre communément dans le début des fièvres graves observées dans les hôpitaux de Paris. Il devient dès lors probable que l'élément typhoïde de ce cas complexe a préexisté aux caractères cholériques. L'adjonction de ceux-ci à telle ou telle maladie est une circonstance commune à toutes les maladies épidémiques, qu'on trouve de temps en temps modifiées, défigurées, pour ainsi dire, par l'accession de maladies étrangères à elles.

Ces choléras que je viens d'étudier, qui paraissent en certain nombre, à de certaines époques, en sorte que le premier cas qui vient s'offrir à l'observation fait supposer l'arrivée d'un second, sont-ils de nature épidémique? Nul doute qu'ils ne soient amenés avec ces caractères de retour et de pluralité non fixes, par des conditions, soit atmosphérique, soit autres, que nous ne connaissons pas. Ces conditions sont-elles les mêmes que celles qui ont présidé à l'épidémie de 1832?

Dans ces questions sont renfermées toutes celles qui ont trait aux causes qui planent sur les populations au moment où éclatent sur elles les grandes épidémies. Nous devons nous résigner à les ignorer encore long-temps. Ce qu'on peut dire quant à présent, c'est que ces causes épidémiques doivent être reconnues les mêmes là où il y a identité de résultats; c'est que ces causes épidémiques (que nous soyons toujours ou seulement par intervalles sous leur influence) paraissent le plus souvent aujourd'hui affaiblies, amoindries à la fois dans leur faculté de tomber sur un nombre considérable d'individus, et dans leur capacité d'engendrer une proportion prédominante de graves et complets choléras dans le nombre limité des individus qu'elles atteignent. J'ai dit que ces causes étaient de nos jours atténuées le plus souvent dans leur virtualité, parce qu'on les a vues encore dans les faits précédens déployer quelquefois toute leur énergie.

Tout ce qu'on peut faire en cette matière, c'est d'exposer les questions, d'en constater l'arduité, d'en écarter les solutions proposées de toutes parts et de les étudier longuement et patiemment. Les résoudre est le fait de l'avenir.

Je résumerai les principales circonstances des faits contenus dans cet article; en disant.

1° Que le choléra de 1832 existe encore parmi nous, qu'il s'est montré tantôt affaibli sous le rapport de la gravité et du nombre de ses symptômes, tantôt, au contraire, accompagné de tout le danger qui a signalé cette épidémie;

2° Que l'affaiblissement du choléra s'observe surtout chez les individus minés par une maladie chronique;

3° Que cet amoindrissement n'est plus aussi complet chez les individus qu'un état morbide antérieur ou un traitement d'une certaine nature, ont prédisposés au choléra sans causer un épuisement notable de leurs forces;

4° Que le cortége complet des symptômes, la gravité, les lésions caractéristiques du choléra, reparaissent chez les individus qui en sont frappés au milieu des conditions normales de la santé;

5° Que le choléra actuel est susceptible de s'adjoindre à quelque maladie plus ou moins analogue à lui, comme la fièvre typhoïde, et que cette association de deux affections est de la nature la plus grave;

6° Enfin, que l'état inconnu de l'atmosphère ou des autres élémens au milieu et par le moyen desquels nous vivons, lequel a amené l'épidémie de 1832, nous est resté ou s'est reproduit de temps en temps, et que c'est à lui que nous devons ce choléra qui vient d'être signalé dans cet article.

A. M. Gaudet.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

—

JOURNAUX AMÉRICAINS. (Août 1833.)

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Observations de fièvre jaune recueillies en 1828, 1829 et 1830, a bord des navires des États-Unis le Hornet, le Grampus et le Procock; par le docteur BARRINGTON.

Treize cas de fièvre jaune dont plusieurs se sont terminés par la mort sont rapportés ici; mais comme ces faits recueillis dans des circonstances tout-à-fait locales, et dans des contrées lointaines, n'offriraient qu'un médiocre intérêt à la plupart de nos lecteurs, nous nous contenterons de présenter le résumé, non-seulement de ces observations, mais encore de celles qui ne sont pas rapportées avec détail; nous bornant seulement aux considérations qui ont rapport au traitement. La plupart des sujets furent traités par la méthode du docteur Potter, c'est-à-dire par le mercure. Ce professeur de Baltimore rapporte, dans ses leçons sur la fièvre jaune, qu'ayant employé ce traitement pendant trois années successives, il obtint les résultats suivants : La première année, sur 72 malades trois seulement succombèrent; la seconde année, sur quatre cent, cinq seulement moururent; et la troisième année, sur 48 il n'y eut pas un seul mort. Il administrait le calomel à la dose d'un scrupule toutes les deux heures jusqu'à ce que la salivation eût été produite. Si tous les malades traités par le docteur Potter, suivant cette méthode, étaient réellement atteints de fièvre jaune, on peut dire qu'aucune méthode n'a jamais compté d'aussi nombreux succès; mais il est probable qu'en Amérique, comme dans notre vieille partie du monde, on connaît l'art de grouper des faits qui n'ont que des rapports éloignés pour en tirer des conséquences aussi positives et aussi certaines que si tous les faits s'étaient offerts dans les mêmes conditions.

Les résultats obtenus par M. Barrington viennent à l'appui de la supposition que nous faisons ici, pour expliquer les succès sans exemple de son compatriote, dans le traitement de la fièvre jaune: sur sept malades qui furent traités par le mercure,

1 prit 5 scrup. de cal.,	et put repr. son serv.	le 20e jour.
— 7	—	22e
— 10	—	28e
— 11	—	22e
— 12	—	22e
— 13	—	22e
— 15	—	39e

Chez ces sept malades la salivation arriva promptement. Sur sept qui furent traités par d'autres méthodes que par le mercure :

2 purent reprendre	leurs travaux	le 11e jour.
1	—	12e
1	—	17e
2	—	19e
1	—	20e

Sur neuf cas terminés par la mort, huit avaient été traités par le mercure, et cinq de ces malades avaient salivé ou eu la bouche affectée. Dans beaucoup de cas les principaux symptômes avaient été aggravés, mais dans d'autres ils avaient disparu subitement aux premiers signes de l'affection de la bouche ou de la salivation.

Observations sur la fièvre puerpérale qui a régné à l'hôpital de Pansylvanie dans les mois de février et de mars 1833; par le docteur Hodge.

L'auteur de cet article s'étonne que la fièvre puerpérale ait pu régner épidémiquement dans les salles propres et spacieuses de l'hôpital de Pensylvanie. Malgré les circonstances favorables dans lesquelles cet hôpital est placé, on y a observé plus fréquemment des cas de péritonite puerpérale que sur aucun autre point de la même ville. Jusqu'ici la cause en a échappé à toutes les recherches faites à ce sujet.

Les années où le nombre de ces cas a été le plus grand depuis 1820, sont 1821, 1823, 1829, 1830, 1831 et 1833. On concevra combien les résultats numériques sur lesquels reposent les recherches du docteur Hodge sont peu importans, quand on saura que le nombre des femmes accouchées à l'hôpital de Pensylvanie depuis sa fondation en 1803 jusqu'en 1833, ne s'est élevé qu'à 795; et celui des femmes qui y ont succombé pendant le même espace de temps à 40. Les cinq sujets qui ont succombé pendant le temps dont rend ici compte M. Hogde, ont tous offert l'altération qui appartient à la péritonite, et cependant un fait remarquable, et peut-être même le seul qui ait offert quelque particularité, c'est le peu de sensibilité que présentait l'abdomen chez la plupart de ces malades. Sous tous les autres rapports cette maladie n'a rien offert de spécial ni pour les symptômes et la marche de l'affection, ni pour le traitement. Dans un cas où on essaya l'application de la glace comme réfrigérant sur l'abdomen, la malade mourut à peu près à la même époque que les autres et sans en avoir éprouvé aucun soulagement.

GAZETTE DU 1er.

PATHOLOGIE INTERNE.

—

Recherches sur le rachitisme chez les enfans, par M. RUFZ, interne à l'hôpital des Enfans.

Il existe des enfans dont quelques articulations, l'articulation du poignet surtout, et l'articulation tibio-tarsienne, offrent un gonflement plus considérable que dans l'état normal. Ces enfans présentent souvent aussi des courbures dans la continuité des membres, et des déformations notables de la cavité thoracique ou de la colonne vertébrale. Ils sont dits rachitiques, et la maladie dont ils sont atteints porte le nom de *rachitisme*.

Pendant le cours de l'année 1833 j'ai eu occasion de recueillir l'histoire de vingt de ces enfans rachi-

tiques, et voici les résultats que j'ai obtenus de l'analyse de ces vingt observations.

CAUSES.

Sous le rapport de l'âge, treize de ces enfans n'avaient pas dépassé l'âge de 2 ans et demi.

Quatre étaient âgés	de	3 ans.
Deux	—	de 5 ans.
Un	—	de 11 ans.

Je dois ajouter que, sur un mouvement de 2 ou 3,000 enfans qui m'ont passé sous les yeux pendant les deux années que j'ai été interne à l'hôpital des Enfans, je n'ai vu que très-rarement la tuméfaction des articulations paraître au-delà de l'âge de 3 à 4 ans.

Les courbures, lorsqu'elles existent, son permanentes.

Je n'ai pu constater en aucune manière l'influence des sexes sur le rachitisme, n'ayant observé que dans le service des garçons.

Quant à la constitution des enfans, autant qu'elle est appréciable dans le jeune âge, elle nous a paru généralement chétive. Les muscles des rachitiques sont peu développés; néanmoins nous avons vu des enfans rachitiques présenter un embonpoint assez ferme. Deux seulement, dans les vingt cas observés, étaient blonds; les 18 autres avaient les cheveux et le teint bruns; et, chose remarquable, cinq avaient sur le front et même autour des lèvres le système pileux développé d'une manière extraordinaire pour l'âge de 2 ans.

Les sujets de nos observations étaient tous des classes pauvres de Paris, et nés à Paris (1).

Je n'ai recueilli des détails circonstanciés sur la santé antécédente des enfans rachitiques, qu'à l'occasion de six seulement.

Tous les six étaient des puînés, 2e ou 3e enfant; un seul était le 6e de sa famille.

Tous étaient nés à terme, à la suite d'accouchemens, faciles, et aucune des mères n'avait éprouvé pendant le terme de sa grossesse quelque accident auquel on pût rattacher le rachitisme de l'enfant.

Ces six enfans, au moment de leur naissance, avaient même paru bien conformés à leurs parens, et ce n'est qu'à leur retour de nourrice, que les parens s'aperçurent des déformations du thorax ou des membres.

Cependant Billard (Traité des maladies des enfans, page 654) ayant observé, dès les premiers temps de la naissance, des renversemens des pieds et des mains dans un sens contraire à leur direction naturelle, nous pensons que les enfans peuvent naître rachitiques, et nous préférons attribuer à l'inattention des parens le résultat négatif auquel nous sommes arrivés touchant l'existence du rachitisme dans les premiers momens de la vie extra-utérine.

Mais il ne serait pas moins intéressant de constater si le rachitisme peut se développer après la naissance. Or, nous ne trouvons, pour la solution de cette question, aucune donnée dans nos observations.

(1) Nous devons faire observer que les enfans au-dessous de 3 ans admis à l'hôpital sont presque tous de Paris même.

Les mères des six enfans rachitiques dont nous analysons ici l'histoire, étaient toutes des femmes entre 20 et 30 ans.

Cinq des pères étaient des hommes entre 20 et 30 ans; un seul était un vieillard de 60 ans.

Il est impossible, sur un tableau aussi étroit, de juger de l'influence de l'âge des parens sur la production des enfans rachitiques.

Une seule fois nous avons trouvé parmi les pères un père rachitique ayant les jambes torses et contournées.

Deux fois, dans la ligne maternelle, il existait des cousines de l'enfant également rachitiques.

Mais aucun frère ni aucune sœur des enfans rachitiques n'était rachitique aussi. C'est-à-dire que rarement dans la même famille plusieurs personnes étaient rachitiques.

Une seule fois un des frères était scrophuleux, il offrait une ophthalmie opiniâtre avec engorgement des glandes du cou.

Mais c'est un fait bien constaté par nous, que ni les pères, ni les mères, ni les frères et autres parens des enfans rachitiques n'étaient scrophuleux.

Les enfans rachitiques eux-mêmes ne nous ont aucune fois offert des symptômes scrophuleux : il est vrai que l'époque de 1 à 3 ans est l'époque de l'enfance à laquelle les scrophules sont très-rares. Mais plus tard nous n'avons jamais vu des rachitiques offrant de vastes engorgemens ganglionnaire, des affections profondes des os, quelques-uns enfin des symptômes caractéristiques du scrophule, bien que nous ayons été long-temps placés dans le service des enfans scrophuleux.

Nous avons tout-à-fait négligé de rechercher l'influence du vice syphilitique des parens sur la production du rachitisme.

Aussi, des faits précédens nous pouvons conclure que rien ne peut nous porter à penser que le rachitisme résulte d'une grossesse pénible, d'un accouchement prématuré, d'une fécondité épuisée à cause du nombre des enfans, de l'influence de vieux parens, d'un vice héréditaire de famille ou de quelque transformation du vice scrophuleux, toutes causes assignées au rachitisme.

Comme le rachitisme est plus fréquent entre l'âge de 1 à 3 ans, on pourrait en conclure avec assez de raison que le choix des alimens influe peu sur sa production; car à cette époque de la vie tous les enfans ont à peu près le même aliment, le lait de leur nourrice. Or, quelle peut être la part de la nourrice dans le développement du rachitisme? La solution de cette question n'est point hors de la portée de l'observation, mais elle ne peut être poursuivie que dans la pratique civile, et non pas dans celle des hôpitaux. Assez généralement les enfans des classes pauvres et des classes moyennes de Paris sont placés chez des nourrices à la campagne, dans les départemens environnans. Or, comme c'est au retour de chez les nourrices que les parens reconnaissent dans leurs enfans les premiers signes du rachitisme, naturellement cette maladie est attribuée par les parens aux mauvaises qualités d'un lait trop vieux ou gâté par une grossesse intercurrente, ou bien encore, au défaut du soin des nourrices, la honte qu'éprouvent les parens d'avoir produit des enfans difformes rend ces accusations plus aveugles; on se garderait bien de rechercher en soi la cause de cette difformité.

Du placement des enfans rachitiques à la campa-

gne pendant leur jeune âge, on peut en tirer cette autre conséquence, que l'air des villes n'influe aucunement sur la production du rachitisme.

Une autre cause assez souvent attribuée au rachitisme par les parens est ce qu'ils appellent un mauvais vaccin, ou même la vaccine elle-même; or, des 20 enfans dont j'ai recueilli les observations, 7 n'avaient pas été vaccinés : la vaccine est donc tout-à-fait innocente de la production du rachitisme.

SIGNES.

Ces signes sont de trois sortes : les tuméfactions articulaires, les déformations dans la continuité des os, et leurs déviations.

Des tuméfactions articulaires.—Ces tuméfactions sont surtout très-sensibles aux extrémités articulaires, placées superficiellement, et dont les parties molles environnantes n'offrent pas une grande épaisseur. Telles sont les articulations radio-carpiennes, tibio-tarsiennes, fémoro-tibiale, cubito-humérale et sterno-claviculaire. Les tuméfactions des articulations scapulo humérale et coxo-fémorale sont beaucoup moins sensibles.

Ces tuméfactions sont très-visibles à l'œil et au toucher; la pression n'en est aucunement douloureuse; elles font paraître le membre moins long qu'il n'est en réalité. Extérieurement, on dirait que ces tuméfactions ont pour siége les cartilages articulaires; elles augmentent le nombre et la profondeur des plis, qui naturellement sont creusés au pourtour des articulations.

Les déviations des membres sont souvent tout simplement le résultat des tuméfactions articulaires. Ainsi, il n'est pas rare que la tuméfaction des malléoles du tibia ou du péroné détournent le pied de son axe naturel, et le jettent dans l'abduction ou dans l'adduction; la portion de la surface articulaire de l'astragale qui a été la plus comprimée par l'une ou l'autre de ces tuméfactions, offre une légère dépression. Cette forme est sans contredit la forme la plus fréquente de la difformité appelée *pied-bot*. Les autres os du tarse et du métatarse restent bien conformés.

Les jambes peuvent être attirées dans l'adduction de façon que les pieds se touchent, les genoux étant écartés; ou bien les jambes sont renversées dans l'abduction, les pieds sont écartés et les génoux se touchent. Ces difformités que présentent les *cagneux* résultent principalement des courbures du fémur ou des os de la jambe; mais à un degré peu prononcé, elles peuvent dépendre de la tuméfaction des condyles inférieurs du fémur et de la dépression du condyle externe ou du condyle interne du tibia.

La main est quelquefois déviée en dehors ou en dedans, à cause de la tuméfaction des extrémités articulaires du radius ou du cubitus.

Des déformations. — Ces déformations consistent toujours dans des courbures des os. Voici l'ordre de fréquence dans lequel je les ai observées : les côtes, les os de l'avant-bras, l'humérus, le fémur, les os des jambes, la clavicule et la colonne vertébrale.

Un premier résultat qui m'a frappé, c'est que, chez les enfans les plus jeunes, ce sont les côtes et les os des membres supérieurs qui sont le plus souvent courbés et déformés, tandis que chez les enfans de 3 à 5 ans ce sont les os des iles et des membres inférieurs. La colonne vertébrale paraît se déformer beaucoup plus tard; les déformations notables de cette colonne sont rares dans la première enfance.

D'après ce résultat, je serais assez porté à attribuer ces déformations aux mouvemens imprimés aux membres, ou bien à la pression du corps, qui fait céder et courber le tissu osseux. (Cette explication, ainsi que nous le dirons au paragraphe Anatomie des os des rachitiques, serait assez en rapport avec l'état anatomique de ces os.) En effet, chez les jeunes enfans, les côtes sont toujours en mouvement dans l'acte de la respiration; ce sont les mains et les avant-bras qui sont saisis par les bonnes, et les clavicules supportent le poids des membres supérieurs.

Plus tard, lorsque l'enfant commence à marcher, ce sont les fémurs et les os des jambes qui ploient sous le faix de la totalité du tronc.

Mais les variétés des courbures sont si nombreuses et si bizarres, qu'en vérité, lorsque je les considère, je ne puis souvent les expliquer ni par le poids du corps, ni par le jeu normal du système musculaire.

Le plus ordinairement, ces courbures ont lieu vers la partie moyenne des os longs; dans le fémur, par exemple, la courbure est tournée en avant et en dehors; la concavité regarde, au contraire, en arrière et en dedans. C'est ordinairement aussi la courbure que présentent les fractures du fémur vers sa partie moyenne, et cette direction est bien d'accord avec l'action des muscles.

Mais dans d'autres cas, j'ai vu la concavité de la courbure du fémur en avant, ou en dehors, ou bien ce n'était plus vers sa partie moyenne, mais tout-à-fait à son tiers inférieur que la courbure commençait. Cette courbure est ordinairement simple, mais dans un cas je l'ai vue double, et le fémur, si j'ose ainsi parler, serpentait comme le vers du poète:

Sa croupe se recourbe en replis tortueux.

Les courbures du tibia offrent les mêmes diversités que celles du fémur. Le péroné suit toujours les courbures du tibia, jamais je ne l'ai vu fixé et arrêté au tibia par ses extrémités articulaires, se courber en sens inverse de cet os par sa partie moyenne, de façon à élargir en ce point l'espace inter-osseux; mais chose singulière, il arrive quelquefois que dans une jambe les os sont très-courbés, tandis que dans l'autre ils sont presque droits: le rachitique est alors boiteux; ou bien, les courbures de la jambe droite sont tournées dans le même sens que les courbures de la jambe gauche: dans ce cas, si la courbure de la jambe droite forme un angle saillant, cet angle saillant entre dans l'angle rentrant que présente la jambe gauche, ou bien les courbures sont en sens inverse, alors les genoux et les pieds se touchent et circonscrivent entre les jambes une ellipse. Ces deux formes sont, comme je l'ai dit déjà, celles que présentent les cagneux.

Les courbures de l'avant-bras et celles du bras ont leur concavité assez ordinairement tournée en dedans et en avant, mais elles présentent aussi les mêmes variétés que précédemment.

Il en est de même des courbures de la clavicule, qui sont quelquefois si prononcées, qu'elles forment presque un demi-anneau à convexité antérieure et supérieure.

Mais de toutes les déformations des os longs, celles que présentent les côtes ne sont pas les moins remarquables. La plus fréquente a lieu sur les parties latérales du thorax, sur une ligne perpendiculaire partant du milieu de l'aisselle. Là le thorax est vé-

ritablement rétréci de la troisième à la septième côte. En arrière sa conformation est normale, et en avant le sternum bombé davantage, de façon qu'une coupe horizontale du thorax offrirait la forme d'un ∞ dont la partie postérieure serait plus large que l'autre, c'est cette forme que l'on désigne par la forme de poitrine de pigeon. D'autres fois les côtés bombent d'un coté et sont aplatis de l'autre; cette déformation accompagne presque toujours la déformation de la colonne vertébrale, c'est pourquoi nous en parlerons en traitant des déformations des vertèbres.

Ces variétés des courbures des os longs ne dépendraient-elles pas de la faiblesse de quelques muscles et de la force prédominante de quelques autres. J'avoue que j'ai négligé d'éclaircir cette particularité soit en essayant d'analyser et d'apprécier la force des divers mouvemens musculaires pendant la vie, soit en constatant la coloration, l'épaisseur, la consistance des différens muscles après la mort.

Jusqu'ici je n'ai considéré les déformations que dans les os longs. Il me reste à examiner celles que peuvent présenter les os plats et les os courts.

Le crâne au niveau de la suture pariéto-frontale chez les rachitiques offre assez souvent un rétrécissement sensible, qui lui donne comme au thorax l'aspect d'une calebasse, ou celle d'une sorte de ∞ couché dont la partie postérieure serait plus large que l'antérieure. Les dimensions du crâne ne sont pourtant pas changées; et, mesurés chez des rachitiques et chez d'autres sujets de même âge, les diamètres antéro-postérieur et transverse m'ont toujours semblé de même longueur. Cette déformation résulte évidemment d'une épaisseur plus grande de l'os temporal qui présente jusqu'à deux ou trois lignes d'épaisseur, et forme une bosse ou saillie très-considérable au niveau du point où Gall a placé l'organe du meurtre.

Les os du bassin sont aussi susceptibles de déformation, j'en ai observé des exemples même dans le jeune âge. La cavité du bassin en éprouve déjà des changemens; tous ses diamètres sont diminués. Ces déformations du bassin accompagnent celles de la colonne vertébrale. Mais j'ai observé un grand nombre de courbures des autres os et même du fémur sans déformation du bassin. L'omoplate ne m'a jamais offert aucune déformation assez notable pour fixer mon attention.

C'est une chose fort remarquable que les os courts du tarse et du métacarpe qui offrent, avec les extrémités articulaires des os longs, tant de similitude participent à peine à l'altération que les extrémités articulaires chez les rachitiques présentent au dernier degré. Cette différence déjà très-bien appréciable pendant la vie, à cause du peu de renflement que l'on observe au niveau de cet os, s'explique par l'examen des os courts après la mort..

La colonne vertébrale étant un composé de 24 os courts, quoique chacun de ces os, considéré en particulier, n'offre pas une déformation bien notable. La somme néanmoins des déformations qu'elles peuvent offrir, si petites qu'elles soient, finit par en produire une générale bien remarquable.

Chez les enfans rachitiques les plus jeunes, la colonne vertébrale offrait évidemment une courbure générale peu prononcée à convexité postérieure sans aucune déviation latérale, mais cette courbure ne paraissait constituer aucune difformité. Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion d'observer une courbure latérale de la colonne vertébrale bien réelle chez un enfant de trois ans.

Caractère anatomiques des os chez les rachitiques.

Des os longs.—Ces os, comparés avec les os longs de sujets non rachitiques, en tenant compte des courbures, n'ont rien perdu de leur longueur, c'est-à-dire que le fémur d'un enfant rachitique âgé de 2 ans est aussi long que le fémur d'un enfant de 2 ans non rachitique.

Le corps, et les extrémités surtout des os du rachitique, sont d'autant plus épais, plus renflés, que le degré du rachitisme est plus prononcé.

Ces os sont plus élastiques, plus mous; quelquefois ils peuvent être pliés et tordus sans se rompre, ainsi que les racines de certaines plantes. La torsion de leurs fibres en fait exsuder du sang fluide, même au niveau de la substance compacte.

Extérieurement, le corps de ces os est tapissé par une membrane appelée périoste, qui n'offre aucune différence d'avec le périoste qui entour les os ordinaires; il n'est ni plus ni moins adhérent au tissu osseux, ni épaissi ni ramolli, et d'un aspect entièrement fibreux.

Lorsque l'on pratique une coupe longitudinale, soit dans le fémur, le tibia, l'humérus, ou d'autres os longs, on remarque d'abord que le renflement des articulations ne dépend pas de l'état du cartilage articulaire, qui n'est ni plus ni moins épais ni plus ni moins ramolli, mais aussi ferme, aussi nacré que dans l'état ordinaire.

Les épiphyses ne sont ni plus ni moins avancés que chez un sujet de même âge non rachitique; à leur centre, il existe un ou deux points d'ossification, lesquels sont toujours, pour leurs dimensions, bien en rapport avec l'âge du sujet, mais d'une consistance beaucoup moindre que dans l'état ordinaire; les cellules osseuses y sont plus espacées; le noyau osseux offre toujours une forme arrondie, mais sa structure n'est point homogène: au milieu des cellules osseuses on retrouve de petits noyaux cartilagineux en forme d'ilots, et comme oubliés au milieu de ces cellules, de façon que l'ossification, quoique étant aussi prompte chez les enfans rachitiques que chez les autres, n'est pas néanmoins tout aussi régulière. Lorsque avec la pointe d'un scalpel on enlève les cellules osseuses qui forment le noyau osseux, le cartilage épiphysaire se trouve ainsi creusé d'une petite cavité, dont le fond offre une surface cartilagineuse toute mamelonnée.

L'épiphyse se détache facilement de la diaphyse des os.

Au point de jonction de l'épiphyse avec la diapiphyse, la séparation de la substance osseuse d'avec la cartilagineuse ne se fait pas d'une façon nette et bien tranchée; le cartilage devient de moins en moins blanchâtre, il offre une demi-transparence presque bleuâtre, et au lieu de se terminer par une ligne horizontale blanchâtre, la délimitation en est irrégulière et découpée en feston.

Au-dessous du point où finit le cartilage, commence un tissu rougeâtre très-élastique, articulaire, semblable à une éponge très-fine à mailles très-serrées, d'entre lesquelles on fait suinter par la pression du sang en abondance. Ce tissu occupe dans l'os une hauteur d'un demi-pouce à un pouce, suivant les os et suivant l'âge. C'est de la présence de ce tissu que dépend le renflement des extrémités

articulaires. Dans ce point, en effet, un os rachitique comparé avec un os sain, l'un et l'autre étant pris chez des sujets de même âge, l'os rachitique offre une largeur plus grande.

Au-dessous de l'éponge fine commence le tissu spongieux proprement dit. Ce tissu occupe comparativement un espace moins étendu que dans les autres os, parce qu'il est en partie remplacé par l'éponge fine dont j'ai parlé plus haut; les cellules de ce tissu spongieux sont très-espacées, se rompent avec la plus légère pression, et contiennent du suc médullaire. A mesure que l'on approche de la partie moyenne de l'os, le tissu spongieux se raréfie et disparaît entièrement pour être remplacé par le vide appelé canal médullaire.

Ce canal médullaire occupe en hauteur chez les rachitiques, comme chez les autres sujets, environ un peu plus du tiers de l'os; il n'est ni plus ni moins large chez les uns que chez les autres, et la plus grande épaisseur des os rachitiques dépend uniquement de l'épaisseur de la substance compacte, ainsi que nous le dirons bientôt.

Les parois du canal médullaire sont formées par la substance compacte, dont la lame la plus interne est ordinairement plus dure, plus blanchâtre, ayant plus les caractères du tissu osseux que les lames les plus externes. Cette lame est criblée de pores très-larges.

La moelle des os rachitiques n'est ni plus ni moins abondante que dans les os ordinaires; elle est d'une couleur moins rouge, tirant un peu sur le jaune, comme chez les sujets détériorés par une longue maladie chronique. Traitée par le feu, par l'eau bouillante, cette moelle ne m'a point semblé contenir plus de graisse que chez d'autres sujets; elle noircit par l'acide nitrique.

Chez la plupart des enfans dont j'ai examiné les os, cette moelle ne m'a pas présenté de membrane médullaire plus distincte que les os ordinaires. Cette membrane médullaire était aussi fine qu'une toile d'araignée, pour ne pas dire imperceptible; mais chez trois sujets, entre la moelle et la lame interne de la substance compacte, se trouvait une couche membraneuse grisâtre très-cassante, épaisse d'un huitième de ligne, qui s'enlevait en partie avec la moelle; mais dont on ne saurait dire si c'était la membrane médullaire hypertrophiée, ou bien si c'était une des couches la plus interne du tissu compacte de l'os. Cette disposition a été trouvée sur les os qui présentaient les caractères du rachitisme au dernier degré. C'est probablement cela que Béclard a indiqué comme une hypertrophie de la membrane médullaire des os rachitiques.

Inférieurement, lorsque le canal médullaire finit, le tissu spongieux recommence. Ce tissu spongieux des extrémités articulaires inférieures de l'os est moins considérable qu'aux extrémités supérieures; il est remplacé par l'éponge fine, et cette éponge fine par le cartilage épiphysaire et le noyau osseux. Toutes ces parties offrent aux extrémités inférieures la même disposition qu'aux extrémités supérieures; il serait donc inutile de répéter la description que nous avons déjà faite.

La substance compacte qui entoure la substance spongieuse et le canal médullaire, et qui forme la diaphyse de l'os, considérée à la base des épiphyses, est presque nulle; elle s'épaissit de plus en plus jusque vers le milieu de la hauteur de l'os, et paraît plus ou moins résistante, ou bien plus ou moins élastique, suivant que le rachitisme est plus ou moins prononcé; sa lame la plus interne est, comme je l'ai dit, la plus ferme, la plus osseuse; ordinairement, elle offre une teinte violacée, et présente de larges pores. Les lames externes sont plus flexibles et se detachent facilement du périoste.

Cette substance compacte est composée de cinq ou six couches superposées les unes aux autres, de façon que cette substance compacte représenterait un ensemble de cylindres concentriques engaînés les uns dans les autres.

Entre ces cylindres concentriques se trouve du suc médullaire rougeâtre, comme entre les cellules de la substance spongieuse; mais en moins grande quantité. On peut les séparer facilement et les dedoubler avec la pointe d'un scalpel lame par lame. Ce dédoublement s'opère encore lorsque l'os a été desséché par l'exposition à l'air ou par la calcination.

Jusqu'à présent nous avons considéré les os des rachitiques encore droits et sans qu'ils aient subi aucune déformation. Il nous faut maintenant exposer quelles modifications surviennent dans leur texture lorsqu'ils sont courbés.

1° Quelquefois une des extrémités articulaires plus renflée en un point, comprime le point correspondant de l'autre extrémité articulaire, et en empêche le développement; de là déviation. Ainsi, comme je l'ai dit l'extrémité du péroné, la malleole externe, étant plus tuméfiée que l'interne, le point correspondant de l'astragale est comprimé. Alors c'est l'éponge fixe qui est plus développée dans le péroné et moins dans l'astragale. Le cartilage de ce dernier os n'en est pas plus aminci; sa surface à éprouvé seulement un simple aplatissement.

La déviation des côtes dans la déformation thoracique appelée poitrine de pigeon, est fort remarquable; elle a toujours lieu au niveau de la jonction de la portion cartilagineuse des côtes avec la portion osseuse. En ce point la portion osseuse offre un renflement par suite du développement de l'éponge fine. Ce renflement change la courbure des cartilages, jette le sternum en avant, tandis que la tuméfaction osseuse proémine dans la cavité pleurétique et comprime, ainsi que nous le dirons l'organe pulmonaire.

2° Quant aux courbures, elles peuvent avoir lieu dans tous les points de la longueur des l'os; par conséquent ces courbures peuvent être au niveau de la substance spongieuse proprement dite, tout aussi bien qu'au niveau du canal médullaire. Or, dans tous les points où ces courbures ont lieu, il y a envahissement, hypertrophie de la substance compacte; quelquefois la cavité de l'os en est complétement oblitérée; dans le plus grand nombre des cas le canal médullaire est réduit à un filet de canal très-rapproché de la convexité de la courbure. La substance compacte prédomine du côté de la concavité: c'est le point de la plus grande épaisseur. Extérieurement au niveau des courbures, les os n'offrent ni anneau, ni renflement, comme dans la tumeur du cal des fractures ordinaires. Les points de la courbure, dans les os du rachitique, sont les points les plus résistans: ces courbures, ainsi que je l'ai dit, sont permanentes. Alors que les sujets sont parvenus à un âge plus avancé, et que tous les autres caractères du rachatisme sont disparus, c'est de la permanence de ces courbures, et non pas d'une disposition réellement moins longue des os, que dépend la taille petite et rabougrie de rachitiques.

J'ai eu deux fois l'occasion d'examiner ces courbures rachitiques après l'âge de 6 ans. Dans les deux

cas, le canal médullaire était rétabli, mais beaucoup moins large que dans le reste de l'os, et l'hypertrophie de la substance compacte persistait surtout du côté de la concavité de la courbure, l'ossification y était parfaite.

Chez ces deux mêmes sujets qui avaient dû présenter aussi des renflemens articulaires, ces renflemens n'existaient plus, et l'éponge fine était disparue et remplacée par de la substance spongieuse ordinaire.

Des os plats. — Les os plats chez les rachitiques sont plus flexibles, considérés extérieurement, ils offrent une teinte violacée, probablement à cause de l'épaisseur moindre de leurs tables de tissu compacte, qui laissent voir par transparence la substance spongieuse ou diploé. Celle-ci est formée par des cellules très-espacées faciles à rompre, et qui contiennent du suc médullaire. Dans le voisinage du bord de ces os, on ne trouve rien de comparable à l'éponge fine des os longs. Lorsque ces os éprouvent quelque resserrement ou déformation, comme celles que présente quelquefois le crâne des rachitiques; au niveau de ce resserrement se trouve un boursoufflement de la substance spongieuse, qui offre dans la portion écailleuse du temporal jusqu'à deux lignes d'épaisseur, disposition tout-à-fait contraire à celle que présentent les courbures des os longs, dont l'hypertrophie, au contraire, a pour siége la substance compacte.

Des os courts. — Malgré la grande analogie qui existe entre les os courts et les extrémités des os longs, ces deux parties du système osseux n'offrent pas l'altération du rachitisme au même degré. Nous avons vu, dans les os longs, qu'entre les cartilages épiphysaires et la substance spongieuse proprement dite, se trouvait une substance intermédiaire que nous avons comparée à une éponge fine. Or, dans les os courts, cette substance existe à peine dans les points de jonction du cartilage ambiant de l'os avec le noyau osseux intérieur; c'est pourquoi les os courts n'offrent aucun renflement extérieur, et ne présentent d'autres déformations que celles qui résultent de la pression des extrémités des os longs inégalement tuméfiés.

L'ossification considérée chez les rachitiques, soit dans les os longs, les os larges ou les os courts, nous a toujours semblé bien en rapport avec l'âge et jamais en retard; c'est-à-dire que tous les noyaux osseux développés ordinairement à deux ans étaient aussi développés à deux ans chez les rachitiques. Mais le tissu spongieux de ces noyaux offrait, ainsi que je l'ai dit, tous les caractères du rachitisme : larges cellules, etc. Quelques-uns, au centre des cellules, avaient des débris de cartilage, de sorte que l'ossification, quoique aussi avancée, était pourtant plus irrégulière.

La dentition, chez tous nos rachitiques, était parfaite à deux ans; mais nous avons observé, chez cinq de ceux qui avaient dépassé l'âge de quatre ans, que les dents incisives étaient déjà cassées et noirâtres à cette époque. La chute des dents de la première dentition aurait-elle lieu plus rapidement chez les sujets rachitiques?

De la position des organes internes chez les rachitiques et des altérations trouvées après la mort. — Malgré le resserrement que nous avons indiqué dans les os du crâne, l'organe encéphalique ne présente aucune modification dans sa conformation chez les rachitiques; ceci est facile à concevoir, puisque le resserrement ne résulte que du boursoufflement du diploë des os dans la région temporale.

Les altérations trouvées dans la substance cérébrale après la mort n'ont rien offert de particulier aux rachitiques. Les substances blanche et corticale étaient généralement pâles et un peu molles, comme chez tous les enfans débiles.

La quantité de sérosité infiltrée sous l'arachnoïde ou épanchée dans les ventricules, n'était pas plus considérable.

Chez deux de ces sujets nous avons trouvé des tubercules dans la substance corticale du cerveau et du cervelet; mais la présence de ces productions morbides n'avait été indiquée pendant la vie par aucun symptôme.

Une autre fois nous avons trouvé un épanchement de sang sous l'arachnoïde de la substance convexe.

Et une fois un développement très-remarquable des vaisseaux du plexus choroïde, formant dans le ventricule latéral droit une tumeur du volume d'un œuf de poule de la nature des tumeurs fongueuses.

De l'appareil pulmonaire. — Les poumons des rachitiques offrent le volume et la configuration des poumons des autres sujets, mais neuf fois sur vingt, l'un et l'autre poumon nous ont offert dans toute leur hauteur un resserrement remarquable marqué par une coloration violacée et correspondant aux saillies formées, comme nous l'avons dit, par la tumeur qui résulte de la jonction de la portion osseuse avec la portion cartilagineuse des côtes.

Au niveau de ce resserrement le tissu pulmonaire et plus violacé, assez dense, mais aéré; il surnage néanmoins, et paraît n'être que comprimé.

Les poumons n'ont subi d'ailleurs dans leur position aucun autre changement. Onze fois les poumons étaient sans adhérence des deux côtés, bien qu'ils fussent plus à l'étroit que dans l'état ordinaire.

Dans tous les vingt cas, il existait dans les deux poumons principalement dans les lobes inférieurs et à leurs parties postérieures des hépatisations lobulaires, telles qu'on en trouve chez les jeunes enfans.

Mais nous n'avons trouvé des tubercules soit dans les poumons, soit dans les ganglions bronchiques, que six fois. Sur ces six fois les tubercules existaient concomittamment trois fois dans le foie, deux fois dans la rate, trois fois dans les ganglions mésentériques, une fois dans les intestins grêles.

Quatorze fois sur vingt les nécroscopies des rachitiques ne nous ont offert aucun tubercule ni dans les poumons ni dans les autres organes.

Cette rareté de l'affection tuberculeuse chez les enfans rachitiques est un fait très-remarquable; car sur des séries d'enfans succombant à d'autres maladies dans l'hôpital, nous avons trouvé des traces de l'affection tuberculeuse sur les deux tiers.

Ce fait montre évidemment que le rachitisme est un vice de nutrition tout-à-fait différent de la diathèse tuberculeuse.

Le cœur n'a présenté dans son volume, sa conformation, sa position, aucune particularité dans un cas de courbure de la colonne vertébrale; l'aorte a été remarquée à dessein; cette artère suivait toutes les sinuosités de la courbure, elle était dans sa position naturelle, et ne se trouvait pas plus déjetée à gauche, ni placée plus latéralement.

Par suite du resserrement de la cavité thoracique, la cavité abdominale proémine d'avantage. C'est pourquoi tous les rachitiques ont un gros ventre; le foie et l'estomac sont moins cachés sous les fausses côtes.

Les organes abdominaux n'offraient d'ailleurs aucune autre anomalie remarquable dans leur position, ni aucune altération, qui par sa rareté dans les autres maladies de l'enfance et par sa fréquente répétition dans le rachitisme, parût propre à ce vice de nutrition.

Tous les sujets qui ont succombé avaient un ramollissement du gros intestin.

Ainsi d'après ce relevé des lésions anatomiques, nous pouvons conclure déjà.

1° Que les enfans rachitiques présentent, après leur mort, les mêmes altérations que les enfans non rachitiques;

2° Que les organes les plus ordinairement altérés chez les enfans non rachitiques, le poumon et le gros intestin sont aussi les organes les plus souvent altérés chez les rachitiques;

3° Que chez les uns comme chez les autres, ces altérations ont les mêmes caractères;

4° Que l'affection tuberculeuse paraît être plus rare chez les rachitiques.

Si maintenant nous voulons analyser les symptômes présentés pendant la vie, nous trouverons :

Que les rachitiques n'ont jamais présenté quelque symptôme qui puisse être rapporté à l'altération de l'organe encéphalique; même dans les cas où nous trouvâmes des tubercules dans le cerveau, c'est-à-dire qu'ils n'ont présenté ni assoupissement, ni convulsions plus notables que chez les autres enfans.

Au contraire les symptômes dépendant de l'organe pulmonaire sont plus remarquables chez les rachitiques. La gêne de la respiration est extrême. La respiration même dans l'état normal se fait en grande partie au moyen du diapragme.

Cette gêne de la respiration imprime au facies des petits petits malades un caractère particulier; ils ont les yeux largement ouverts, les narines fréquemment dilatées, la bouche demi-béante, et le teint pâle avec une nuance violacée.

La toux de ces petits malades est empêchée, elle a lieu par une ou deux secousses très-faibles; ils ne crachent pas comme tous les enfans.

La percussion et l'auscultation appliquées à l'étude de leurs maladies ne nous ont offert aucun résultat particulier.

Le seul symptôme, des affections abdominales, qu'il a été facile de bien apprécier, a été la diarrhée. Cette diarrhée n'a jamais paru très-abondante et n'a offert aucun caractère particulier.

Le développement naturel de l'abdomen s'oppose à une appréciation exacte du météorisme et de la sensibilité de cette partie.

Les rachitiques ne vomissent pas plus souvent que les autres enfans : ils n'offrent, ni dans leur appétit, ni dans leur soif, rien de particulier. Mais la plupart ont le pouls peut-être plus fréquent que chez les enfans ordinaires, et ils présentent surtout une disposition à la sueur d'autant plus remarquable que cette sécrétion est très-rare dans les maladies des jeunes enfans.

Ils sont susceptibles de contracter la scarlatine, la variole et la rougeole, comme les autres enfans.

Mais un fait bien remarquable, c'est que sur un mouvement d'enfans scrophuleux assez considérable dans cet hôpital; nous n'avons vu jamais quelque enfant rachitique qui présentât de symptômes de scrophules externes, soit engorgement ganglionnaire ou ophthalmique opiniâtre, affection profonde des os ou ulcères rebelles.

Cette rareté des scrophules externes chez les rachitiques est bien en rapport avec la rareté de l'affection tuberculeuse, car tous les sujets qui meurent avec quelqu'une des altérations dites scrophuleuses, nous ont offert des tubercules internes.

Le rachitisme est donc un vice tout-à-fait différent des scrophules.

Quant au traitement, je n'ai été témoin dans cet hôpital d'aucun essai particulier dirigé contre le rachitisme.

Mais d'après l'étude anatomique des os et des organes, je suis porté à penser que non-seulement les moyens orthopédiques appliqués au rachitisme ne sont pas nuisibles, mais qu'ils sont même indispensables. Il convient de les employer dès le plus jeune âge, d'abord pour prévenir les difformités, qui résultent presque toutes de violences extérieurs et de positions vicieuses, et parce que la flexibilité des os, cause de ces difformités, paraît cesser après un certain temps, de façon qu'il devient plus difficile de corriger les difformités. Par la même raison, il convient de ne faire marcher que très-tard les enfans qui offrent des apparences du rachitisme.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS. (Décembre 1833.)

Traitement du varicocèle, par M. Brodie.

Le mémoire lu par M. Breschet à l'Académie des sciences et que nous avons inséré dans un de nos derniers numéros, ayant appelé l'attention des chirurgiens sur cette matière, nous extrayons des leçons cliniques de M. Brodie quelques faits assez intéressans concernant le traitement du varicocèle.

Cette affection, selon lui, arrive spécialement aux individus constipés; et elle est plus commune dans les hautes classes que dans les classes inférieures de la société.

Dans la plupart des cas, M. Brodie veut qu'on s'abstienne de tout traitement. Si cependant les veines variqueuses ont un assez grand volume pour incommoder le malade, on peut lui faire porter un suspensoir, le purger de temps à autre, et lui faire baigner les parties deux fois par jour dans un mélange de vinaigre et d'eau. Fréquemment ce moyen procurera un soulagement considérable.

On a proposé de couper les veines variqueuses en travers et d'y placer une ligature. Sir Everard Home a fait une fois cette opération à l'hôpital saint-George; il survint une phlébite qui emporta le malade. M. Brodie rejette donc ce moyen.

« Un homme, dit le professeur, fut admis dans cet hôpital pour un varicocèle accompagné de quelques symptômes extraordinaires. La tumeur était petite; mais elle causait des douleurs tellement excessives, qu'elle empêchait le malade, qui était un ouvrier, de gagner son pain à la manière accoutu-

mée. Il y avait un peloton fort considérable de veines variqueuses et rien de plus. Ayant examiné ce cas avec le plus grand soin, je jugeai que la douleur était accidentelle et provenait de quelques filamens nerveux comprimés par une veine variqueuse. D'après cette impression, j'incisai le scrotum avec un bistouri, et la varice ayant fait sallie à travers l'incision, avec une paire de ciseaux je la coupai en travers. Il y eut un léger écoulement de sang, mais sans aucune importance, la compression l'arrêta en peu de minutes. La plaie guérit, l'opération n'eut aucune suite fâcheuse, et le malade fut entièrement délivré de la douleur qu'il ressentait auparavant. Ce fait m'est arrivé il y a quinze ou seize ans, et l'on peut juger combien sont rares les cas qui exigent une opération semblable, puisque depuis ce temps je n'ai pas eu occasion de la renouveler.

» Je ferai aussi mention d'un essai que j'ai fait dans un autre cas avec quelque avantage. Un enfant entra à l'hôpital avec un varicocèle de très-mauvais caractère et une grave altération consécutive du testicule. Je lui fit garder le lit, et j'appliquai sur la tumeur, dans l'aine, un vésicatoire que je fis suppurer. L'enfant souffrit des douleurs cruelles jusqu'à la fin du mois où je fermai le vésicatoire, et je permis au malade de se lever. Le varicocèle avait beaucoup diminué d'étendue ; et la douleur qu'il occasionnait était beaucoup moindre. Nous retinmes le malade à l'hôpital durant quelque temps pour nous assurer si l'amélioration persisterait; elle persista en effet tant que nous eûmes l'enfant sous les yeux; je ne sais si elle a continué depuis. J'avais été conduit à adopter cette méthode de traitement parce que je l'avais déjà trouvée utile dans quelques cas fort graves des varices des jambes ; mais j'aurai occasion plus tard de revenir sur ce sujet. »

(*The London Medical Gazette.*)

Modification morbide du virus vaccin, par Ch. Fluder.

Cinq enfans qui avaient été vaccinés avec de vaccin pris sur un enfant bien portant, éprouvèrent tous presque aussitôt des accidens plus ou moins graves. Leurs bras se gonflèrent énormément et présentaient un œdème considérable; un d'entr'eux eut des convulsions; et ils eurent tous une fièvre extrêmement forte. Si ces phénomènes n'étaient survenus chez un ou deux enfans, on aurait pu les regarder comme dépendant d'une mauvaise disposition particulière ; mais comme tous les cinq éprouvèrent des phénomènes analogues, on dut chercher la cause dans le vaccin, et on apprit que la veille du jour où ils avaient été vaccinés, la mère de l'enfant sur lequel on prit le vaccin, lui avait appliqué d'elle-même un vésicatoire derrière l'oreille, à cause d'une petite douleur qu'il paraissait ressentir aux environs, et qui dépendait probablement de l'irritation produite par l'action du vaccin. Malgré l'action du vésicatoire, les pustules paraissaient parfaites, et la lymphe qu'elles contenaient offrait son aspect ordinaire, si ce n'est qu'elle était peut-être un peu plus épaisse. La conclusion de ce fait est donc que l'application d'un vésicatoire pendant le travail du vaccin et surtout dans son voisinage, peut, jusqu'à un certain point, rendre la lymphe qui en sera produite impropre à la transmission, car, en même temps que les enfans éprouvent des accidens plus ou moins graves, chez aucun d'eux on n'a rien remarqué qui offrit quelque ressemblance avec la pustule vaccinale.

(*The London Medical Gazette.*)

Mémoire sur l'œstre humain, lu le 26 novembre 1833, à la Société médico-chirurgicale de Londres, par M. Howship.

Cet intéressant travail contient l'histoire de deux faits nouveaux à ajouter à ceux que la science possède déjà sur cette matière.

Le premier concerne un soldat à Surinam, qui fut soumis à la visite de M. Gill, chirurgien du 64e régiment, pour un large furoncle siégeant sur le dos, près de l'omoplate. La compression en fit sortir la larve, d'une couleur brune sale, et pareille à celle qui fut rencontrée dans le second cas. Le lieu où ce fait fut observé était une garde avancée, postée sur un banc de sable de toutes parts entouré de buissons. Le malade semblait connaître la nature de sa tumeur, car il disait qu'elle contenait un ver.

Le sujet de la seconde observation était un jeune homme, à Santa-Anna, dans la Colombie. Il consulta M. Treherne pour une tumeur inflammatoire de plusieurs mois d'existence, qu'il portait au scrotum, avec une petite ouverture ulcérée, de laquelle on fit sortir par la compression une larve, qui tomba à terre ; elle était vivante, active, et remua encore quelque temps après ; elle était longue de plus d'un pouce, large à proportion, formée de neuf ou dix anneaux et de couleur brune. Deux magnifiques dessins joints à ce mémoire représentaient la larve, que M. Howship a présentée elle-même, dans la séance suivante, à la société. M. Curtis s'est chargé de décrire cette larve, et cette description conduit à conclure qu'elle constitue une nouvelle espèce d'*œstrus*. Il joint à cela des avis aux futurs observateurs qui rencontreront de pareilles larves, afin qu'ils tâchent de lui faire produire son papillon, et de compléter ainsi l'histoire naturelle de l'œstre humain. Il ne s'agirait que de placer la larve dans un pot à fleurs rempli de terre humide, et d'attendre sa métamorphose, en prenant soin d'entourer le vase d'une enveloppe de gaze ou de mousseline pour empêcher la mouche une fois éclose de s'envoler.

(*The London Medical Gazette.*)

Sur une lésion particulière et peu connue de l'articulation de l'épaule, par M. Guthrie, chirurgien de l'hôpital de Westminster.

Le haut intérêt qui s'attache toujours aux premières recherches faites sur une affection nouvelle, et la dissidence d'opinions qui divise sur la nature de la lésion dont nous allons parler, les deux principaux chirurgiens de l'hôpital de Westminster, nous engagent à donner dans leur intégrité les observations de l'un et de l'autre. Nous reproduirons d'abord la leçon clinique faite par M. Guthrie le 9 novembre 1833.

Messieurs, a dit M. Guthrie,

J'avais tenu pendant quelque temps en réserve

les observations que je vais vous présenter, dans l'espoir qu'elles pourraient trouver place dans le premier volume des Transactions du collége royal des chirurgiens de Londres, lorsque des preuves nouvelles tirées de la dissection les auraient rendues plus complètes. J'en ai long-temps attendu l'occasion, mais en vain, et comme il y a maintenant dans cet hôpital un exemple de la lésion que je vais décrire, et que vous aurez ainsi la faculté de vérifier la description et d'apprécier la justesse ou l'inexactitude de mes opinions, je ne veux pas différer plus long-temps de les soumettre à vous et au public. Il se peut que, quand l'attention sera particulièrement fixée sur ce sujet, il s'offre une occasion de constater par l'autopsie la nature exacte d'un accident qui m'a mis plusieurs fois dans une vive anxiété, et qui doit toujours avoir été une source d'embarras pour d'autres, qui peuvent avoir été plus à même que moi de porter un jugement sur la nature de cette lésion. Comme je désire être parfaitement compris sur ce point et reproduit d'une manière claire et précise, je peux, si cela est agréable aux personnes qui prennent ici des notes pour les publications hebdomadaires, et si elles jugent que cela en vaille la peine, leur donner toute facilité de copier mes propres remarques sur ce sujet, c'est-à-dire le manuscrit que je tiens à la main.

Obs. I.—Le premier cas dont j'ai à vous entretenir est celui de Louisa Chapmann, âgée de 11 ans, qui tomba sur l'épaule le 8 octobre dernier, et qui est placée dans le service de M. Lynn. L'épaule de cette enfant est, comme M. White l'a fort bien exprimé, effacée (*out of drawing*); il y a une saillie considérable au côté interne de la partie antérieure, au-dessus de l'apophyse coracoïde et de l'acromion, et dans la situation de la petite tubérosité de l'humérus. Cette saillie est tellement sensible qu'on l'aperçoit à distance, et à l'examen on pourrait la prendre pour la tête de l'humérus luxée dans cette position, et formant une luxation partielle, sans les deux circonstances qui suivent. Premièrement, ce n'est point la tête tout entière de l'humérus qui constitue cette saillie, et celle-ci n'est point arrondie; au contraire, on y sent une protubérance osseuse raboteuse et irrégulière. Secondement, la plus grande partie de la tête humérale peut être sentie dans la cavité glénoïde.

Si l'on place le pouce ou l'indicateur de la main gauche sur la saillie interne de l'os, tandis qu'avec la main droite on imprime un mouvement de rotation au coude, la portion saillante de l'humérus obéit aux mouvemens communiqués au coude de la manière la plus manifeste. Si l'on porte l'indicateur en dehors et qu'on le place sur cette partie de l'articulation que doit occuper dans l'état normal la partie externe de la tête humérale; on reconnaît que cette partie n'a pas changé de position, et elle tourne très-distinctement sous le doigt lorsqu'on fait tourner le coude. Le bras peut être élevé et la main placée sur le sommet de la tête. Les doigts portés dans le creux de l'aisselle n'y perçoivent point cette sensation particulière et décisive qui dénote la luxation, et le coude, quoique légèrement porté en arrière, peut être parfaitement rapproché du tronc avec facilité. En appliquant le bout du doigt indicateur immédiatement sous la partie moyenne de l'acromion, on pénètre dans une dépression qui sépare la partie osseuse saillante et la tête de l'humérus qui se meut dans la cavité glénoïde, et si l'on compare les deux épaules ensemble, l'épaule affectée a manifestement plus de largeur. Le bras, mesuré de l'acromion à l'olécrâne, est plus court que l'autre d'un demi-pouce.

Quelle est la nature de cette lésion? Quoique la dissection ne l'ait point encore démontrée, je pense qu'il y a là une fissure longitudinale de l'humérus. L'accident arrive toujours en conséquence d'une chute sur l'épaule, dans laquelle la tête de l'humérus recouverte par les parties molles, heurte le sol et reçoit le choc la première; la cause est donc une violence directe sur cette partie. Dans quelques cas on sent une crépitation indistincte, et dans un cas je dois mentionner que la tête de l'humérus était luxée et fracturée à la fois. Je crois que la fracture sépare la petite tubérosité avec une plus ou moins grande portion de la tête elle-même, et s'étend dans la direction de la gouttière bicipitable; et je présume que le tendon du grand pectoral en avant, et ceux du grand dorsal et du grand rond en arrière, empêchent le déplacement en agissant à la manière d'un gond. La crépitation n'est pas toujours distincte, surtout chez les jeunes sujets, à raison de la mollesse du tissu spongieux de l'os et de la substance médullaire qui gorge ses cellules.

M. Lynn n'est pas de mon opinion sur la nature de la lésion; il déclare d'ailleurs que c'est un accident qu'il n'a jamais vu depuis près de soixante ans qu'il est attaché à cet hôpital, soit comme élève, soit comme chirurgien. Vous pouvez juger par là de l'intérêt que ce cas présente, et combien il importe de bien l'étudier. Personne ne porte plus d'affection et de respect que moi à M. Lynn; personne n'apprécie plus haut les longs et importans services qu'il a rendus à la science; et dans trente-un ans d'ici, si jamais je parviens à son âge actuel, je désire mériter une égale estime et comme homme et comme chirurgien. Cette légère différence d'opinion entre nous ne saurait tourner qu'à mon avantage; il y a toujours quelque chose à gagner dans une discussion amicale avec un homme d'une grande expérience.

Il y a eu, je crois, deux cas semblables dans cet hôpital durant le cours de l'année dernière. Le premier fut observé sur un charretier de brasseur, âgé de 40 ans, qui, étant tombé sur l'épaule droite, avait éprouvé le même accident que je viens de décrire, mais que je ne comprenais pas alors aussi bien qu'à présent. Il était couché, salle Matthew. Je demandai les avis de M. Lynn, de sir A. Carlisle et de M. White. M. White dit alors comme aujourd'hui que l'épaule était effacée, et M. Lynn dit que l'homme irait bien et qu'il garderait l'usage de son épaule ce qui est arrivé en effet, quoique la saillie n'ait point diminué. M. Lynn se rappelle ce cas, mais il ne trouve pas que ce soit tout-à-fait le même que celui de Louisa Chapmann.

Le second cas fut celui d'un enfant couché dans le lit le plus près de la porte de la salle voisine. Feu M. Alkock qui était dans l'habitude de suivre fréquemment ces hôpital, avait donné à ce malade une attention particulière, et en avait recueilli l'histoire avec détails; mais quelques personnes eurent envie de son livre d'observations et le lui volèrent. Cet enfant à conservé aussi un bon usage du bras, quoique la saillie soit demeurée même plus forte que chez le garçon brasseur.

J'en ai observé un troisième exemple sur le colonel Yorke, à présent secrétaire du gouverneur de la Jamaïque, lord Mulgrave, et âgé d'environ 34 ans. Il fut jeté à bas de cheval dans Hyde-Park il y a deux ans et tomba sur l'épaule gauche. Je ne le vis

que deux heures après l'accident, et l'épaule était déjà un peu gonflée, pas assez pourtant pour empêcher un examen attentif. Les seuls symptômes différens de ceux que vous voyez chez Louisa Chapmann étaient une saillie un peu plus forte en dedans, et de la crépitation lorsqu'on imprimait un mouvement de rotation au coude; cette crépitation ne s'observait point toujours, mais quand on la produisait, elle était suffisamment distincte. Je réitérai cet examen à plusieurs reprises avant d'être pleinement convaincu de la nature de l'accident; et feu M. Delpech de Monpellier m'ayant fait la faveur de dîner avec moi quelques jours après, je lui racontai les circonstances de ce fait. Comme il n'avait jamais vu de cas de ce genre, il désira le vérifier en particulier; je le conduisis chez le colonel Yorke. Il fut non-seulement convaincu du fait, mais il en témoigna sa satisfaction, et assura au colonel Yorke qu'il acquiesçait pleinement à l'opinion que j'avais émise. Le traitement consista dans l'application d'une planchette dorsale bien matelassée, et de deux larges courroies molles et également garnies, en peau de chamois, lesquelles passaient par-dessous les bras et se fixaient en arrière par quatre chevilles de cuivre à la planchette; chacun des courroies étant munie de plusieurs trous pour recevoir ces chevilles, afin qu'on pût les serrer autant qu'il convenait et que le malade pouvait le supporter. L'une de ces courroies comprimait la portion saillante de l'os. Le coude était soutenu, ramené en avant, et appliqué contre le tronc. Après un certain temps, on fit exécuter au bras des mouvemens possifs. Au bout de dix semaines, le malade avait recouvré les mouvemens du bras; il laissa son appareil, et maintenant il n'a gardé, je pense, aucun incommodité de son accident, quoi qu'il lui soit toujours resté un certain degré de la saillie. L'effet du traitement était de rapprocher les deux fragmens de l'os l'un de l'autre, de manière à en obtenir la consolidation. Il m'a promis son épaule lorsqu'il mourra; mais reste à voir qui de nous deux survivra à l'autre; et j'espère que le recit de ce cas pourra engager quelque chirurgien, quand le colonel viendra à mourir, à demander la permission d'examiner son épaule. Cette recherche sera encore intéressante, même à l'époque éloignée à laquelle j'espère qu'elle sera renvoyée.

Le dernier fait que j'aie à mentionner a été soumis à l'observation de plusieurs d'entre vous, quoique ce fut un client particulier, attendu que je l'ai amené à cet amphithéâtre pour appliquer les poulies.

Obs. — M. Perry jun. de Perry's place, Oxford street, âgé d'environ 18 ans, tomba sur le sommet de l'épaule à Amersham, et M. Tennent, son chirurgien, présuma qu'il avait une luxation de l'humérus; qu'il réduisit en bonne et due forme. L'humérus toutefois ne demeura pas en position, et il fut, je crois, replacé une seconde fois. Il restait là néanmoins toujours quelque chose d'anormal, et trois semaines après l'accident ses amis m'amenèrent ce jeune homme. A l'examen, je trouvai le coude porté fort loin en arrière, et la tête de l'os proportionnellement en avant, et en apparence luxée dans cette position. Mais la partie proéminente n'était pas arrondie comme la tête de l'os, et ne donnait point la même sensation au toucher; au contraire, on percevait une sensation, à mon idée, comme si la tête de l'os avait été fendue et luxée tout à la fois. Je me servis des poulies ici préparées, et je fis tirer la tête de l'os en bas. L'extension fut faite et maintenue durant près d'une heure, jusqu'à ce qu'en définitive le malade ne pût la supporter plus long-temps, et tous les bandages avaient glissé. La tête de l'os, sous l'influence de l'extension s'éloignait considérablement de la situation originelle sur le côté interne de la cavité glénoïde; mais elle ne restait pas long-temps en place quand l'extension était suspendue. M. Tennant avait donc agi comme moi: et avec le même succès. Aussitôt que la peau du bras qui avait été froissée par les bandages fut guérie, je le soumis de nouveau à l'action des poulies, déployant même une force plus considérable d'extension, tandis qu'il était dans un état complet d'abattement par l'effet de la saignée et de l'administration de l'émétique. J'amenai toute la tête de l'os au-dessous du niveau de la cavité glénoïde; mais je ne pus entièrement dissiper la saillie. Lorsque les poulies furent enlevées, la portion externe de la tête humérale parut être dans la cavité glenoïde; mais sa moitié interne, et la plus considérable, se trouvait au côté interne de cette cavité. Le bras toutefois avait repris davantage de son aspect naturel; le coude avait sa direction accoutumée, et on pouvait avec facilité le ramener ou le faire frapper contre les côtes. Dans la vue de prévenir un nouveau déplacement de l'os, j'employai la planchette dorsale dont je m'étais servi déjà pour le colonel Yorke, et je poursuivis le traitement de la même manière. Au bout de plusieurs semaines, il recouvra un bon usage de son bras, et s'en retourna à la campagne promettant que, s'il mourait avant moi et s'il avait le temps de le mentionner dans son testament, il me léguerait l'examen de son épaule, ou à quelque autre chirurgien que moi, si j'étais mort avant lui. Il a pourtant quitté cette vie le 29 novembre dernier, sans avoir rien prescrit à ce sujet, et ses parens, qui s'étaient unis à sa promesse, étaient trop malheureux pour se rappeler une pareille circonstance. Je regrette beaucoup de n'avoir eu avis de sa mort que long-temps après qu'il était enterré.

Dans ce cas le ligament capsulaire de l'articulation de l'épaule devait avoir été déchiré, et je pense que toute la tête humérale était luxée aussi bien que fracturée, ce qui peut expliquer la facilité avec laquelle elle s'est déplacée de nouveau une seconde et même une troisième fois. Car il n'y a aucune raison de douter qu'elle n'ait été convenablement réduite par M. Tennant, à Amersham, quoiqu'il n'ait pu remettre en place la portion protubérante par les motifs que j'ai déjà assignés. Les parens du jeune homme avaient conservé une idée extrêmement défavorable de ce chirurgien, et ce ne fut que quand ils eurent vu les difficultés que j'éprouvai ici moi-même, qu'ils commencèrent à croire qu'il ne méritait aucun reproche: et quand je leur eus affirmé que la science ne possédait encore rien d'imprimé sur la nature de cet accident, ils déclarèrent qu'ils étaient contens de lui, et je leur assurai qu'ils devaient l'être.

J'ai vu un cas dans lequel l'humérus avait été fracturé, et la tête seule était restée dans la cavité glénoïde; mais cela ne ressemble point à ceux que je viens de décrire, et je ne puis, plus j'y réfléchis, adopter aucune autre vue, quand à la nature de l'accident, que celle que je vous ai développée. La seule ressource pour éclaircir les difficultés et l'incertitude qui enveloppe ce sujet, est la dissection des parties, et je ne puis que désirer que les re-

marques précédentes appellent sur ce point votre attention et amènent des résultats positifs. Je regarderai comme heureux le chirurgien qui ajoutera cet éclaircissement désiré à nos connaissances actuelles sur les lésions de l'articulation de l'épaule, et je lui serai très-obligé et très-reconnaissant s'il veut bien m'envoyer un dessin et un récit de l'aspect des parties à la dissection.

(*The Lancet.*)

Remarques sur le même sujet, par M. Lynn.

Mon ami et collègue, M. Guthrie, a fort bien établi que je ne partageais point son opinion sur la nature de l'accident de Louisa Chapmann. Quand je la vis pour la première fois, la tuméfaction de l'épaule était telle qu'on ne pouvait se former à cet égard d'opinion exacte. Au bout de quinze jours, le gonflement étant dissipé, je sentis distinctement sous le deltoïde deux corps mobiles, que je crus être les épiphyses de l'acromion et de l'humérus. Il faut se rappeler que la malade n'avait que 12 ans, et qu'alors les épiphyses tiennent faiblement aux os, et peuvent céder à un choc qui agit à la surface de l'articulation. L'enfant était tombée d'une fenêtre du second étage; l'épaule vint heurter contre une surface plane; et la lésion fut produite par le choc. Dans ce cas, les parties les plus faibles ont dû céder, et ces parties sont les épiphyses. M. Guthrie, dans sa grande pratique militaire, peut avoir observé beaucoup d'exemples de la fracture oblique traversant la tête de l'humérus, qu'il appelle une fissure (*a split*); car le choc pénétrant du sabre, ou du boulet, ou de toute autre manière d'agir de forces composées, peut produire toutes sortes de lésions; mais ici la force agissante était simple, et l'accident qui en est résulté pouvait être présumé *à priori*.

L'examen de l'articulation affectée, dans son état actuel, nous fournira des indications de la vraie nature du cas. Si l'on se place en face de la cavité glenoïde, on remarque que l'articulation est plus large et aplatie. Le membre est raccourci d'environ un pouce. Les mouvemens d'élévation du membre sont fort gênés, quoique la malade parvienne à porter la main à la tête. Un peu en avant de l'article, et sous la partie antérieure du deltoïde, il y a une saillie, décrite par M. Guthrie, qui est manifestement l'extrémité de l'humérus. Une inspection attentive montre que l'extrémité de cette saillie est large et aplatie, et présente ainsi une surface telle que serait celle de la diaphyse humérale dépouillée de son épiphyse. La déviation plus prononcée de l'os en dedans et en avant est empêchée par l'apophyse coracoïde et la longue tête du biceps avec ses attaches ligamenteuses. La saillie se meut en même temps que la diaphyse de l'humérus. En examinant la cavité glénoïde à la fois par-dessous l'aisselle et par-dessus, on sent qu'elle est occupée par un corps qui se meut en même temps que l'humérus. L'articulation exécute tous ses mouvemens, quoique imparfaits sous quelques rapports. La conclusion inévitable n'est-elle pas dès lors que l'épiphyse de l'humérus a été d'abord séparée du reste de l'os et que la tête humérale devenue libre a été luxée aussi loin que l'ont permis ses attaches? qu'une union angulaire et diagonale s'est faite entre la diaphyse et l'épiphyse? que le contact des surfaces articulaires n'a jamais été détruit, ni l'intégrité de l'articulation attaquée? et enfin que la gêne des mouvemens est due à l'obliquité de l'union que j'ai mentionnée? L'épiphyse de l'acromion étant supportée dans sa position par la tête de l'humérus, s'est réunie promptement, ainsi qu'on pouvait s'y attendre.

J'ai quelque souvenir de deux autres cas rapportés par M. Guthrie. Celui de l'enfant était analogue à celui de la jeune fille que je viens d'examiner. L'accident du garçon brasseur, homme de 40 ans, et dont les os devaient être parfaitement consolidés, ne peut guères être considéré comme de même nature. Une fracture du col chirurgical de l'humérus donne des signes non équivoques de sa nature, par la difformité qu'elle entraîne. Une simple fissure de l'os, telle que la décrit M. Guthrie, produirait difficilement les symptômes observés dans le cas de Louisa Chapman; car les ligamens maintiendraient l'articulation dans son intégrité et préviendraient toute saillie; et si les ligamens étaient déchirés, il s'ensuivrait une difformité plus grande qu'elle n'existait dans aucun des cas cités par M. Guthrie. Par ses raisons, je suis disposé à croire que l'accident arrivé chez les adultes était une fracture du col anatomique de l'humérus, dans laquelle les rapports des surfaces séparées auraient été à peu près les mêmes que dans la *diaïysis* des épiphyses. M. Guthrie se fait fort de l'opinion du docteur Delpech, auteur français, qui a écrit sur ce sujet. Il paraît que ce chirurgien a vu les cas du colonel Yorke un jour qu'il avait dîné avec M. Guthrie. J'en conclus que mon digne collègue, en choisissant cette occasion pour avoir l'avis de son illustre ami: a agi d'après le principe généralement admis, « *In vino veritas.* » Mais le vin quoique bien connu pour ouvrir le cœur, peut ne pas être aussi efficace pour aiguiser l'esprit. Un fait singulier, cependant, c'est que le docteur Delpech soit le seul chirurgien qui prête appui aux opinions de M. Guthrie, lorsque ces opinions sont diamétralement opposées à celles que Delpech, à la première occasion et de propos délibéré, à écrites, imprimées et publiées. Ce serait une question délicate de décider jusqu'où va dans cette lutte d'opinions, la part du vin clairet (celui de M. Guthrie est excellent) et la part de Delpech. Les observations citées sont toutefois d'un haut intérêt, à raison de leur rareté.

(*The Lancet.*)

Ligature de l'artère fessière, pour un anévrisme consécutif (nouveau procédé opératoire), par Richard Carmichael, M. R. J. A., l'un des anciens chirurgiens de l'hôpital chirurgical de Richmond.

Les plaies des artères fessière et sciatique jetant toujours de fortes appréhensions dans l'esprit des chirurgiens, à raison de la difficulté de se rendre maître de l'hémorrhagie, le fait que je vais rapporter sera doublement utile, et pour dissiper ces terreurs mal fondées, et pour montrer que tout chirurgien, avec du sang-froid et des connaissances suffisantes en anatomie, pourra mettre à nu ces artères et les lier avec la plus grande facilité. Sans doute, il y a là une épaisseur considérable de parties molles à diviser; mais cette division n'offre ni danger ni difficulté,

pourvu qu'on suive la direction des fibres du muscle grand fessier dans le point où il recouvre l'échancrure sciatique, et qu'on fasse l'incision suffisante pour permettre l'évacuation complète du sang coagulé ; après quoi, la bouche du vaisseau blessé se présente d'elle-même à la vue.

C'est probablement la peinture énergique tracée par John Bell du caractère formidable de cette opération, qui aura ainsi effrayé les praticiens, et en vérité l'esquisse dramatique qu'il nous a laissée du cas de son preneur de sangsues était faite pour intimider le chirurgien le plus hardi. Cette description animée d'une incision de huit pouces qu'il fallut agrandir jusqu'à deux pieds de longueur (il ne dit pas dans quelle direction), ces huit livres de sang coagulé qu'il fallut retirer du sac, le déluge de sang liquide qui s'échappait à grand bruit, et puis la mort apparente du patient, et les vains efforts des chirurgiens pour arrêter ce torrent rapide par la compression de l'aorte abdominale; enfin, l'ennui d'une convalescence de sept mois compliquée par l'exfoliation des os : toutes ces circonstances sont vraiment assez terribles pour faire sur l'esprit du lecteur une impression ineffaçable, et j'avoue que j'en étais moi-même encore frappé, quoique je n'eusse point relu l'ouvrage depuis sa première publication, il y a peut-être plus de trente ans. C'était donc avec de vives appréhensions, et la résolution concentrée d'un homme déterminé à quelque périlleuse entreprise, que je procédai à l'opération, et je fus agréablement surpris de ne point rencontrer les difficultés que je redoutais, et de trouver l'artère fessière, même à son origine, presque aussi aisée à lier que toute autre artère d'un calibre égal.

Mon ami, M. Guthrie, dans son excellent ouvrage pratique des maladies et des lésions des artères, semble, aussi bien que moi, n'avoir pas complétement secoué les préjugés de la première éducation. En examinant le cas intéressant du colonel M'Pherson, qui avait reçu une balle dans la hanche, nous voyons que l'opération fut faite par le chirurgien-major Murray, mais trop tard pour sauver le malade, épuisé déjà par de fréquens retours de l'hémorrhagie. « Il est évident, dit M. Guthrie, que l'opération aurait dû être faite tout d'abord. Le seul motif qui la fit différer provenait de l'épaisseur des muscles à diviser, et de l'effroi qu'une opération semblable causait aux chirurgiens à cette époque, effroi qui, il y a lieu de l'espérer, se dissipera pour l'avenir. » Plus loin il ajoute, en parlant de l'opération : « Dans tous les cas d'anévrisme des artères fessière et sciatique, il faut lier l'artère iliaque interne, au lieu d'aller chercher directement l'artère malade elle-même. » Mais, dans la grande majorité des cas, les anévrismes de l'une ou de l'autre de ces artères sont très-probablement, comme dans le cas dont je vais donner l'histoire, des anévrismes diffus, dus à une plaie piquante par un canif ou par quelque instrument analogue. M. Guthrie, je le sais, n'a jamais eu l'intention, dans ce passage, de recommander pour les anévrimes la ligature de l'iliaque interne, opération véritablement formidable et périlleuse, de préférence à une autre opération comparativement beaucoup moins hasardeuse, et qui en même temps réunit bien plus de chances d'efficacité. Cependant, dans le cas suivant, l'autorité de M. Guthrie m'était opposée par des chirurgiens d'un profond savoir comme un motif qui devait me faire préférer la ligature de l'iliaque interne à celle de l'artère fessière. Quand M. Guthrie fera une nouvelle édition de son livre, il fera bien de ne laisser sur le point en question aucune ambiguité.

Avant de passer au récit de mon observation, je dirai qu'on s'était complétement assuré à l'avance que la compression de l'aorte abdominale était capable d'arrêter la circulation dans les membres inférieurs, circonstance d'une importance majeure dans les cas de plaies des artères très-rapprochées du tronc chez des sujets non surchargés d'embonpoint; mais on verra que nous n'eûmes pas besoin de faire usage de cette ressource, l'hémorrhagie ayant été facilement réprimée durant l'opération par la simple pression du bout du doigt sur la bouche de l'artère blessée.

Obs. — Le 19 septembre 1833, je fus appelé près de Master West, âgé de 17 ans, qui, onze jours auparavant, avait reçu par accident un coup de canif à la hanche droite; la lame avait pénétré aussi loin que le manche l'avait permis. Il en sortit aussitôt un jet de sang tellement impétueux, qu'il alla se briser contre le mur de la chambre près duquel le jeune homme était assis. Toutefois l'hémorrhagie fut aisément arrêté par M. Alkenson de Gardiner Street, qui demeure à quelques pas de la maison du blessé.

Trois jours après, le malade impatient se leva imprudemment de son lit, et descendit les escaliers. Mais il était à peine retourné à sa chambre, qu'il ressentit une douleur aiguë à la hanche, suivie d'un gonflement immédiat qui augmenta de jour en jour jusqu'à ce que je fusse appelé. A l'examen je trouvai toute la hanche droite considérablement tuméfiée, et rénitente au toucher; la peau avait légèrement changé de couleur et offrait quelque peu l'aspect d'une ecchymose. La tuméfaction était telle qu'à peine pouvait-on sentir le trochanter. En mesurant les deux hanches à l'aide d'un ruban passé entre les cuisses et ramené à l'épine antéro-supérieure de l'iléum, la hanche malade offrait deux pouces de circonférence de plus que la saine; la partie supérieure de la cuisse aussi très-tuméfiée, avait un pouce et demi de plus que l'autre, et la coloration anormale des tégumens se prononçait plus ou moins, en descendant jusqu'au jarret. La petite cicatrice de la plaie était située environ un demi-pouce au-dessus de la situation présumée du bord supérieur de la grande échancrure sciatique, dans le point où l'artère fessière sort du bassin. Il n'y avait pas de pulsation sensible à l'œil, même à l'examen le plus attentif; mais les fortes pulsations d'une tumeur anévrismale se manifestaient à l'oreille par l'auscultation soit médiate soit immédiate. Il était donc évident que la tuméfaction de la hanche ne dépendait pas de la présence d'un foyer de pus, quoique le malade, depuis l'apparition du gonflement, eût été saisi de fréquens frissons accompagnés de fièvre symptômatique et de saleté de la langue; mais qu'elle provenait d'une effusion de sang en conséquence d'une lésion du tronc de l'artère fessière ou de l'une de ses branches les plus volumineuses.

Comme je connaissais des exemples de plaies d'artères considérables guéries dans des circonstances analogues, et quoique le membre fût infiltré de sang, je jugeai convenable de laisser au malade les chances d'une guérison semblable, avant de recourir à l'o-

pération. Comme la tumeur était douloureuse et le pouls vif et dur, je fis pratiquer au bras une saignée de 10 onces. On fit prendre au malade, toutes les six heures, d'une potion avec la teinture de digitale; on appliqua sur la tumeur des lotions froides, et le repos absolu dans la position horizontale fut recommandé. Ce traitement, auquel on joignit quelques opiacés pour calmer la douleur et le malaise, fut suivi durant cinq jours, mais sans aucun succès; au contraire, la tuméfaction de la hanche et du membre tout entier allait en croissant, et l'état du patient était si fâcheux qu'il réclama lui-même l'opération, qui fut pratiquée le 24 septembre en présence de MM. Colles, Adams, Dowell, Hutton, Logan, et du docteur Brown, qui voulurent bien me prêter leur assistance.

Opération. — Le malade étant placé sur une table et couché sur le ventre, je commençai l'opération par une incision de cinq pouces de longueur, commençant un pouce au-dessous de l'épine iliaque supérieure et postérieure, et à peu près à la même distance de la marge du sacrum, et je la continuai obliquement en bas vers le grand trochanter. Le grand et le moyen fessier furent alors rapidement divisés, ou plutôt leurs fibres écartées (l'incision étant faite dans la direction de ces fibres), dans la même étendue que la plaie des tégumens. Le sang coagulé qui constituait la tumeur, apparut alors à travers le sac ou le tissu cellulaire condensé qui le recouvrait. Celui-ci fut divisé dans toute l'étendue de l'incision, en faisant courir sur le doigt indicateur introduit dans le sac, un bistouri boutonné; et son contenu, consistant en une à deux livres de sang coagulé, fut rapidement enlevé à l'aide des deux mains et jeté dans une assiette à soupe qui en fut complétement remplie. Un large jet de sang nouveau remplit à l'instant la cavité que je venais de vider; mais l'endroit précis d'où il était venu étant reconnu, je parvins, par la compression exercée avec le doigt, à prévenir une effusion ultérieure, tandis que le sang déjà écoulé était enlevé à l'aide d'une éponge. C'était évidemment le tronc de l'artère fessière qui avait été blessé, précisément dans le point où il débouche de l'échancrure sciatique. J'essayai, mais en vain, de m'assurer de l'artère au moyen du ténaculum. J'eus alors recours à une aiguille ordinaire d'une grande longueur, avec cet instrument je réussis immédiatement à passer une ligature autour du vaisseau blessé, et à prévenir toute hémorrhagie ultérieure. Après avoir attendu quelque temps pour m'assurer que l'artère était parfaitement liée, j'introduisis de la charpie au fond de la plaie, car il n'y avait pas lieu d'espérer la réunion par première intention entre les parois de la cavité énorme qui avait contenu le sang coagulé. Le malade fut reporté à son lit, et on lui administra des anodins.

Les suites de l'opération furent des plus favorables. Le troisième jour l'appareil extérieur fut enlevé; le quatrième, la plus grande partie de la charpie dont on avait rempli la plaie fut retirée, et fut suivie d'un flot de pus de bonne qualité. Le sixième, la ligature tomba et on ôta le reste de la charpie. Dès lors le pus commença à diminuer tous les jours, et à l'instant où s'imprime cette observation (60 jours après l'opération), le malade est complétement convalescent, et la plaie marche rapidement à sa guérison.

(*The Dublin journ. of medical and chimical sciences.*)

GAZETTE DU 8.

PHYSIOLOGIE.

Analyse d'un premier mémoire sur la structure et les fonctions de la peau, par M. J. Breschet, chirurgien ordinaire de l'Hôtel-Dieu, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, etc., et M. Roussel de Vauzème, docteur en médecine, etc.; présenté à l'Académie royale des sciences, dans la séance du 27 janvier 1834.

> Rerum natura sacra sua non simul tradit. — Aliud hæc ætas, aliud quæ non subibit, adspiciet.
>
> Seneca., *naturæ quæst*, lib. viii, c. cxxv-xxxi.

Plusieurs mémoires présentés par moi à cette Académie sur la structure de l'appareil de l'audition considéré dans les diverses familles des animaux vertébrés, mémoires sur lesquels des rapports ont été faits par M. Cuvier et par M. Duméril, ont appris que je faisais avec persévérance des recherches sur les organes des sens. C'est pour compléter ces travaux que j'ai entrepris l'examen de la composition anatomique de la peau. Dépourvu de collections de zoologie, il m'est souvent difficile de me procurer les moyens de faire des dissections. Un jeune médecin, M. Roussel de Vauzème, plein de zèle pour les progrès de l'Histoire naturelle avait, dans l'intérêt de cette science, entrepris un voyage maritime à bord d'un bâtiment baleinier. Parmi les produits rapportés de son voyage se trouvait une assez grande quantité de tissus cutanés pris sur divers cétatés et principalement sur la baleine franche (balæna mysticetus). Je pensai que l'occasion était favorable pour rechercher à connaître la structure de la peau, et dès lors j'entrepris cette étude avec M. Roussel de Vauzème; nous réunîmes notre zèle et nos efforts et la note que je communique aujourd'hui à l'Académie, et qui n'est qu'un simple résumé de la première partie de nos recherches, doit être considérée comme appartenant en commun à M. de Vauzème et à moi.

Lorsqu'on compare ce que la science possède sur la structure et la disposition des appareils de la vision, de l'audition, ceux du mouvement et de la circulation sanguine, etc., avec ce que nous savons sur la composition anatomique de la peau, on reconnaît que tout est à faire sur ce sujet important d'anatomie et physiologie. Depuis Malpighi jusqu'au temps moderne on s'est borné à distinguer dans l'enveloppe tégumentaire, le derme, le corps papillaire, le corps muqueux, l'épiderme et ses dépendances; mais la structure intime de chacun de ces parties n'a pas été indiquée avec rigueur, et le plus souvent on a donné des hypothèses au lieu d'observations anatomiques rigoureuses.

Nous devons aux circonstances heureuses dans lesquelles nous nous sommes trouvés, d'avoir pu découvrir des dispositions jusque-là inconnues ou simplement entrevues en partie. Une fois ces dispositions reconnues sur la peau des cétacés et de plusieurs grands mammifères, nous avons pu faci-

lement les voir sur l'homme et sur la plupart des vertébrés.

Les parties principales de la peau sur lesquelles nous désirons appeler aujourd'hui l'attention de l'Académie, sont :

1° Le derme ;

2° Les papilles nerveuses ;

3° L'appareil de la sécrétion de la sueur composé d'un parenchyme glanduleux, et de canaux sudorifères ou hydrophores;

4° L'appareil de l'inhalation ou canaux absorbans ;

5° Les organes producteurs de la matière cornée ou appareil kératogène ;

6° Les organes producteurs de la matière colorante ou appareil chromatogène.

1° Le derme. — Sa forme est celle d'une membrane montée sur toute la surface du corps ; sa face interne est formée par un lacis de lamelles ou de filamens fibreux, grossièrement entrelacés, se serrant davantage à mesure qu'ils deviennent plus extérieurs et finissant par former un plan ferme et solide.

Le derme est percé d'une multitude d'ouvertures dont les unes donnent passage à des filets nerveux, les autres à de petits organes glanduleux dont le canal excréteur traverse l'épaisseur du derme pour aller s'ouvrir à l'extérieur. On y aperçoit aussi un grand nombre de vésicules adipeuses réunies en grappes autour des globules dont nous venons de parler. Enfin il est traversé par une multitude de vaisseaux lymphatiques Sur sa face externe le derme semble se confondre avec le parenchyme des organes sécréteurs de la matière colorante et avec le tissu papillaire. Le derme n'est, suivant nous, qu'un simple canevas fibreux traversé par des organes très-différens les uns des autres.

2° De l'appareil nerveux de la peau ou corps papillaires. — On sait que les filets nerveux provenant de divers troncs, disséminés dans le tissu cellulaire sous-cutané se ramifient et se subdivisent à l'infini en se rapprochant du derme. Avec quelque persévérance on peut les suivre jusqu'à cette membrane où on les perd le plus souvent, à cause de leur finesse ou de l'opacité des tissus.

Il serait impossible de distinguer les filets nerveux au milieu du lacis vasculaire dermique, si l'on ne voyait pas très-bien le point où ils aboutissent. On reconnaît en effet qu'en approchant de la surface du derme, les faisceaux des filets nerveux très-déliés et comme pulpeux, se dirigent vers la base des papilles et la pénètrent.

Ces papilles nerveuses sont des tiges rangées en séries continues, leur forme est celle d'un cône dont la base s'épanouit dans le derme et dont le sommet se termine en pointe mousse. Chaque tige pénètre dans la substance cornée constituant la couche épidermique ou corps muqueux, comme une épée est reçue dans son fourreau, ce qui fait que la face interne de l'épiderme représente exactement par ses dépressions symétriques le nombre et la disposition des papilles.

Lorsqu'on sépare de vive force ces deux parties de la peau, les papilles tiennent toujours fortement au derme par leur base, tandis que l'enveloppe épidermique s'en sépare facilement. La direction des papilles dans la couche cornée sus-dermique, est oblique ou légèrement inclinée. Outre le névrilème qu'elles reçoivent du derme, la matière cornée leur fournit une gaîne propre qui les recouvre en forme de capuchon. Ces papilles surgissent du derme en quantité innombrable; aussi le tissu corné est-il percé comme un crible.

Dans la peau de la baleine les papilles ont plusieurs lignes de longueur, une base et un sommet renflé, terminé en bouton olivaire. Après avoir traversé presque tout le tissu corné épidermique, elles s'arrêtent non loin de la superficie de la peau en s'inclinant légèrement. L'apparence extérieure de ces papilles est d'une blancheur perlée et opaque.

Sous une lentille d'un fort grossissement le corps du nerf présente, à travers le névrilème, les stries ondulées partant de la base de chaque papille où elles sont très-distinctes et deviennent moins marquées à mesure qu'elles se rapprochent du gonflement terminal où elles forment des arcades concentriques ou des anses. Aucun filet, aucun prolongement ne se détache du sommet de ces papilles pour communiquer avec les tissus voisins.

Ce mode de terminaison des filets nerveux qui viennent dans le tissu cutané constituer les papilles, est des plus remarquables.

Ces papilles étudiées d'abord sur la baleine où elles offrent un développement au *maximum*, puis examinées sur la peau de l'homme où leur petitesse n'avait pas permis de les bien apprécier, offrent la même disposition, la même structure.

Avant nous, non-seulement on ignorait le mode de terminaison des filets nerveux qui constituent les papilles, mais encore on contestait à ces organes la nature nerveuse, car Gaultier considère ces papilles comme essentiellement vasculaires.

Le mode de terminaison des nerfs restait encore à connaître et la science ne présentait aux esprits rigoureux, au lieu de faits bien constatés que des aperçus, des présomptions, des hypothèses. Les opinions qui partagent les anatomistes sur ce point peuvent être rangées sous trois titres :

A. Sous le premier, on prétend que les nerfs se perdent dans le tissu ou trame primitive des organes, et qu'ils s'identifient avec leur propre substance. Dès lors il devient impossible de reconnaître et d'apprécier le mode de terminaison de ces cordons nerveux.

B. Sous le second titre, le nerf ne pouvant se répandre dans toutes les parties du même tissu et dans tous les systèmes organiques sans exception, est entouré d'une atmosphere nerveuse par laquelle il étend son action à distance, à peu près comme on le voit pour le fluide électrique et pour les forces d'attraction et de répulsion. Mais cette hypothèse ne répond pas directement à la question, car tout en expliquant que les parties dépourvues de nerf sont cependant sous l'influence de ces agens, on ne dit pas comment se terminent les cordons nerveux dans les parties où ils se ramifient. Éluder une question n'est pas y répondre et y satisfaire.

C. Enfin, sous le dernier titre on accorde aux nerfs une terminaison par arcades, et dès lors ces organes sont comparables à des appareils galvaniques. Des hommes graves et d'une haute sagacité avaient déjà signalé cette disposition pour les nerfs du mouvement, et nos observations non-seulement sur les nerfs du tissu cutané, mais encore sur les nerfs de plusieurs autres organes des sens et surtout pour le nerf acoustique, viennent à l'appui de ces premiers faits déjà signalés par un membre de cette Académie. La connaissance de ces dispositions anatomiques, d'une haute importance en physiologie, conduira à celle des fonctions du système nerveux ou à

une meilleure appréciation des phénomènes du mouvement et du sentiment. Cette découverte exige cependant d'être constatée par des faits multipliés, mais ces premières observations doivent exciter l'intérêt des physiciens et semblent indiquer que les lois qui régissent les corps inertes et les corps organisés sont identiques.

3° De l'appareil d'exhalation de la peau, ou des canaux sudorifères ou hydrophores. — Cet appareil d'exhalation occupe l'épaisseur de la peau, depuis l'intérieur du derme jusqu'à la couche la plus superficielle de l'épiderme où il se termine par de nombreuses ouvertures.

Il est composé d'un organe de sécrétion et d'un canal excréteur.

L'organe de sécrétion est situé dans l'épaisseur du derme, environné de nombreux capillaires qui pénètrent son tissu; sa forme est celle d'un petit sac, de la partie supérieure, duquel part un canal spiroïde qui traverse le derme et toute l'épaisseur de la couche cornée sus-dermique pour aller, après avoir décrit plusieurs spires, s'ouvrir à la surface extérieure de la peau sur les lignes saillantes que présente cette enveloppe générale.

Cette disposition en spirale de ces canaux excréteurs, fait qu'ils peuvent s'ouvrir au-dehors par une ouverture très-oblique ou presque parallèle au plan de la surface cutanée.

Cette ouverture se ferme par l'application, l'une contre l'autre, des parois supérieure et inférieure du tube. Lorsqu'on examine à la loupe la sueur qui sort de la surface de la peau, on voit que la sortie de la première gouttelette est précédée d'un soulèvement d'un point de l'épiderme, en manière de soupape ou de valvule.

Cette disposition en spirales des tubes sudorifères chez l'homme est très-remarquable; elle dit pourquoi l'épiderme évidemment ouvert au passage des liquides excrétés, a toujours paru imperforé. En effet lorsqu'on enlève un morceau d'épiderme sur la peau d'un cadavre ou sur le corps vivant, les tubes hydrophores déchirés par la violence exercée, se rétractent et viennent ainsi boucher les petites ouvertures de l'épiderme.

Ces canaux sudorifères de la peau ne sont point la terminaison du système capillaire général et ne ressemblent en rien à ce qu'a dit Bichat de son système exhalant. Avant nous, ils n'avaient été ni décrits, ni vus par personne, sans excepter Eichhorn qui a parlé de canaux sudatoires, mais il a principalement indiqué les orifices extérieurs de ces canaux hydrophores. M. Eichhorn dit qu'ils sont droits et sans contours, il assure avoir pu introduire un crin de cheval dans leur cavité, circonstance qui semble prouver qu'il a pris le bulbe d'un poil pour un canal sudorifère ou qu'il a pratiqué une route artificielle.

M. Eichhorn a bien connu les fonctions sudorifères de ces canaux, mais il n'a pu suivre ces tubes que jusqu'aux papilles sans indiquer ce qu'ils deviennent ultérieurement. Il leur attribue le double usage d'exhaler et d'absorber, ce qui nous semble fort incompatible.

Dès 1717, Leeuwenhoek avait annoncé avoir reconnu, à l'aide du microscope, les pores de la peau, mais le nombre qu'il en admettait semble prouver qu'il voyait tout autre chose que les orifices extérieurs des canaux hydrophores. En effet, l'imagination la plus complaisante ne peut guère admettre qu'il y ait 14,400 ouvertures sur une ligne carrée de tissu cutané. Nous pensons avec Blumenbach que Leeuwenhoek a commis une erreur. Kaaw avait aperçu des filamens qui allaient de l'épiderme au corps muqueux et qu'il est facile de voir lorsque, sur un morceau de peau qui commence à se putrifier, on détache l'épiderme avec précaution. W. Hunter a décrit et figuré ces filamens déliés, transparens, élastiques, incolores, et il le considère comme les canaux de la sueur. Chaussier et Bichat les regardent comme des vaisseaux exhalans et absorbans. — Monro apercevant sous l'épiderme des filamens disposés en spirales, les crut de nature nerveuse; et Fontana parle de vaisseaux contournés sans en indiquer le caractère. M. de Humboldt refuse à ces filamens la qualité vasculaire et croit qu'ils dépendent des simples plis de la peau.

Gaultier fait sortir les vaisseaux exhalans des bourgeons sanguins, qui de là s'ouvrent au-dehors en traversant l'épiderme. Il avait bien observé le siége de ces orifices dans les petites excavations qui existent sur les dos des sillons où il avait remarqué des gouttelettes d'un fluide limpide. Il compte de quatre à six de ces petites excavations par ligne carrée, ce qui est bien loin du nombre assigné par Leeuwenhoek, et chacun de ces orifices correspond à un bourgeon sanguin. Ce sont les papilles nerveuses que Gaultier considère comme des bourgeons sanguins. C'est à tort qu'il fait sortir les vaisseaux exhalans du sommet de ces bourgeons.

G. Prochaska établit plusieurs ordres de vaisseaux dans la structure de la peau; à la troisième catégorie il rapporte ceux qui se dirigent vers les papilles, et dont les uns se terminent en cul-de-sac, et dont les autres reviennent au réseau et se joignent à lui. Ces vaisseaux paraissent se rapporter aux exhalans que nous avons décrits. Un autre ordre de vaisseaux paraît être formé par les canaux sudorifères; mais les paroles de cet auteur font seulement présumer qu'il avait quelque notion de ces canaux (1).

Les observations d'Albinus, de Meckel de Cruikshank, et celles que M. de Humboldt a faites avec un microscope qui grossissait 312,400 fois les objets, n'ont pu leur faire découvrir les pores de la peau. Seiler et Béclard n'ont pas été plus heureux : le premier, en enlevant l'épiderme avec un rasoir sur un animal en sueur, et le second en chargeant un lambeau d'épiderme d'une colonne de mercure du poids d'environ une atmosphère.

Plusieurs anatomistes modernes non-seulement n'admettent pas l'existence de canaux sudorifères et d'orifices de ces conduits à la surface de la peau, mais ils vont jusqu'à prétendre que ces canaux ne sont pas nécessaires. C'est l'opinion de Blumenbach, J.-F. Meckel, Rudolphi, Heusinger, etc. Hildenbrand, au contraire, croit à l'existence de ces pores sur la surface de la peau, d'après l'exhalation elle-même; mais il ne fait aucune description de ces canaux. M. Scroeter, simple graveur à Leipsick, a donné une figure assez bonne des orifices extérieurs de ces canaux hydrophores; mais la description de ses planches prouve qu'il n'avait aucune idée de ces conduits. Suivant le célèbre zootomiste Delle Chiaje, l'épiderme est formé par l'agglomération des globules du sang privés de fibrine et desséchés;

(1) Disquisitio anato : physiolog. organismi corpor. humani, p. 98.

cet épiderme est complétement dépourvu d'ouvertures (1).

Il faut arriver jusqu'à ces derniers temps pour trouver quelque notion satisfaisante sur les perforations de l'épiderme, et sur les canaux sudorifères. Le travail d'Eichhorn sur ce sujet est plein d'intérêt, mais ce physiologiste a méconnu la véritable disposition de ces conduits hydrophores; il ne parle pas de leur forme en spirale, et comme il les croit coniques, à ouverture assez large pour recevoir un crin, il les a confondus avec des follicules sébacés.

4° Des organes d'inhalation dans le tissu cutané. — Ces conduits inhalans sont situés sous le feuillet le plus superficiel du corps muqueux de Malpighi ou couche cornée, et paraissent sous la forme de radicules isolées répandues dans cette matière cornée susdermique; et après s'être anastomosés entre eux plusieurs fois, ils pénètrent le derme dans les intervalles qui laissent les papilles entre elles, et près des canaux sudorifères. Tous ces petits canaux arrangés symétriquement se terminent dans des conduits situés plus profondément, et disposés en plexus.

Ces canaux paraissent différer des vaisseaux lymphatiques ordinaires, car ils sont d'une ténuité extrême. Ils se ramifient dans une substance résistante, solide, élastique; ils se brisent avec une grande facilité, et le plus souvent on ne peut en étudier que des fragmens épars. Vus au microscope, leur couleur est blanche et argentine, et à travers les parois de ces petits tubes on aperçoit parfois des espèces de diaphragmes qui semblent indiquer une sorte d'analogie avec les vaisseaux lymphatiques ou avec les veines. Quelquefois ils sont noueux, forment des espèces d'anses, mais en général ils sont peu élastiques.

En examinant au microscope ces canaux que nous considérons comme des organes d'inhalation, et en les comparant avec les canaux sudorifères, on reconnaît aussitôt la différence de ces deux ordres d'organes. Le canal sudorifère est plus gros, mou, pelotonné, élastique, et décrit des spires; le conduit inhalant est lisse, argentin, droit ou légèrement incliné, et sa cavité centrale porte, de distance en distance, des lames horizontales ou des espèces de petits diaphragmes. Si l'on exerce des tractions sur la couche cornée susdermique, ces canaux se rompent et il ne reste plus que les conduits sudorifières qui peuvent subir un très-grand allongement.

Ce qui peut encore servir à distinguer ces deux ordres de conduits c'est que les tubes transparens, comparables, sous le rapport de leur fonctions, aux vaisseaux lymphatiques ou aux veines, présentent des ramifications anastomotiques parfois comme plexiformes. Les canaux sudorifères n'en offrent jamais.

Nous avons constamment observé ces canaux dans la peau de l'homme, soit dans les races blanches, soit dans la race noire, dans la baleine, le dauphin, le marsouin, plusieurs reptiles ophidiens ou chéloniens, et dans la peau d'un grand nombre de poissons.

Quelles que soient les couleurs du tissu corné, les canaux absorbans, les nerfs constituant les papilles et les canaux sudorifères, sont toujours blancs.

Si l'existence de ces canaux ne peut pas être contestée, en sera-t-il de même de la nature de leurs fonctions? D'après quoi jugeons-nous qu'ils servent à l'absorption?

Si ces conduits n'absorbent pas, à quoi servent-ils donc? Nous ne pensons pas que des différences dans la structure avec les vaisseaux lymphatiques, soient des raisons suffisantes pour refuser à ces canaux la faculté d'absorber. Le milieu qu'ils traversent peut expliquer ces différences dans la structure de ces organes, et d'ailleurs nous pouvons affirmer que tout ce qui est situé au-dessus du derme présente un aspect particulier.

Nos propres recherches, en nous montrant la véritable structure des papilles, nous ont fait connaître comment s'opère le tact. Nous avons pu nous assurer que le système vasculaire proprement dit ne va pas au-delà des organes sécrétoires et papillaires.

Nous savons aussi que la matière de la respiration est exportée par les canaux sudorifères, et bientôt nous dirons comment est sécrétée la matière cornée. En procédant ainsi par voie d'exclusion, nous arrivons à pouvoir conclure que les canaux dont nous parlons et qui rampent dans la subtance cornée ou corps muqueux susdermique, ne peuvent être que des canaux d'inhalation. Nous pouvons ajouter à ce raisonnement que les radicules ou les petites arcades anastomotiques de ces canaux s'étendent jusque sur la couche la plus superficielle de l'épiderme; et d'ailleurs l'absorbtion étant une des propriétés de la peau, nous ne trouvons pas dans cette enveloppe d'autre organe qui puisse remplir cette fonction.

Mais une difficulté se présente ici, et si nous pouvions la résoudre, nous ferions cesser toute incertitude sur la manière dont s'exécute l'absorption. Il s'agit de savoir quel est le mode d'origine de ces canaux. Sont-ils en cul-de-sac? présentent-ils des orifices béans?

Si nous avons pu suivre les canaux sudorifères jusqu'au dehors, et découvrir leurs orifices à l'extérieur, il n'en a pas été de même pour les canaux dont nous parlons. Ces conduits, étudiés pendant long-temps avec l'attention la plus soutenue, nous ont seulement permis de reconnaître qu'ils se continuent du côté du derme avec des plexus inextricables formés par des canaux semblables à eux, et qu'ils projetaient dans le tissu corné des prolongemens rameux anastomotiques formant distinctement des anses terminales ou des branches parfois isolées; mais quant à leur origine vers la région la plus superficielle de la peau, nous n'avons jamais pu nous assurer s'il existait des culs-de-sac ou des orifices ouverts. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que nous n'avons pas pu distinguer d'orifices béans, et sous ce rapport ils ressemblent aux lymphatiques et aux vaisseaux sanguins des autres tissus considérés par un grand nombre d'anatomistes modernes dans les mammifères, les oiseaux, les poissons et les reptiles (1).

S'il est bien réel et bien constant et comme nous l'avons vu sur les villosités intestinales de l'homme et d'un grand nombre d'animaux, que ces canaux sont dépourvus d'orifices dans leurs rameaux d'origine, ce qu'on appelle absorption n'est ni une véritable

(1) Observazioni sobra la struttura della epidermide umana. Napoli, 1827.

(1) Voyez les ouvrages de Fohmann, de Panizza, etc.

absorption ni un phénomène de tubes capillaires; mais il faut rapporter le mode d'exécution de cette fonction soit à une imbibition, soit à l'endosmose, comme l'ont déjà pensé deux membres de cette Académie.

5° Des organes producteurs de la matière cornée, ou appareil kératogène. — A la base du derme on aperçoit de petites glandes rougeâtres qui, examinées au microscope ou à la simple loupe, paraissent inégales, sillonnées par des vaisseaux sanguins. Enveloppées d'une membrane celluleuse lâche, elles sont plongées au centre de petites vésicules adipeuses, transparentes, entassées les unes sur les autres, et comparables à de petites perles. Au sommet de chacune de ces glandes, part un canal ou tube qui traverse toute l'épaisseur du derme pour aller s'ouvrir dans la profondeur des sillons qu'on y remarque. Ce canal est enveloppé d'une membrane celluleuse diaphane qui part du contour de la glande elle-même. On aperçoit des filamens capillaires adhérer au tube et à l'organe glanduleux, dans lequel nous avons remarqué qu'un vaisseau assez considérable entrait par la base. Ces canaux représentent le plus souvent une rangée de colonnes régulièrement disposées. Cependant, quelquefois ces glandes sont placées à des hauteurs inégales, et communiquent entre elles par canaux intermédiaires. Ces rangées de canaux excréteurs correspondent à la longueur des sillons, c'est-à-dire qu'elles sont perpendiculaires au plan formé par l'organe qui sécrète la matière colorante ou *pigmentum*.

Les produits de la glande que nous venons d'indiquer sont un fluide muciforme qui se condense rapidement et constitue la couche cornée susdermique, ou corps réticulaire de Malpighi, et l'épiderme lui même n'est que le feuillet le plus superficiel de ce corps stratifié.

Nous désignons sous le nom d'épiderme toute l'épaisseur de la matière cornée qui recouvre le derme. Cette matière épidermique est appliquée sur le derme comme le serait un masque en plâtre liquide dont on recouvrirait la figure d'une personne, et qui se moulerait sur les inégalités de cette surface. La totalité de cette couche a déjà été désignée sous le nom de *canevas reticulaire de Malpighi* Nous le considérerons comme formé de deux parties : l'une remplit les sillons du derme et y adhère par des prolongemens fournis par les tubes excréteurs des organes qui sécrètent la matière colorante et la matière cornée ; c'est d'elle que provient le tissu corné. Si l'on veut séparer cette couche, on éprouve toujours une résistance assez forte, parce qu'elle adhère, dans les sillons du derme, par des racines qu'elle semble y projeter. Cependant parfois elle se sépare d'une manière nette, comme si elle n'était que posée dans la profondeur de ces sillons; elle présente des trous pour le passage des canaux lymphatiques.

La seconde partie de cette substance est interpapillaire, et elle occupe tout l'intervalle que laissent entre elles les papilles, se prolonge profondément dans ces interstices autour des canaux sudorifères et lymphatiques. Cette couche offre enfin sur les côtés des ouvertures, ou espèces de gaines dans lesquelles pénètrent obliquement les papilles nerveuses.

A la face extérieure de l'épiderme, on remarque des lignes saillantes légèrement concentriques et parallèles qui séparent les sillons. Examinées à la loupe, ces lignes présentent alternativement de petites éminences papillaires et de légères dépressions qui correspondant aux orifices des canaux hydrophores. Il y en a ordinairement de quatre à six par ligne. Il est facile de reconnaître que ces lignes saillantes sont formées d'écailles imbriquées, de manière que dans les mouvemens de contraction, à la main, par exemple, ces écailles avancent les unes sur les autres, comme les écailles des poissons ou des reptiles, tandis que par le mouvement d'extension elles s'écartent et laissent à découvert le fond des sillons.

La peau offre cette disposition manifestement imbriquée dans les endroits qui forment des plis, comme à l'avant-bras, au jarret, à l'aîne, etc. La matière cornée chez l'homme est d'un blanc mat, transparente, élastique, essentiellement hygrométrique.

Sur la baleine, cette couche cornée étant beaucoup plus épaisse, elle peut être étudiée avec facilité. Ce tissu épidermique (et nous nommons ainsi toute la matière cornée qui est placée au-dessus du derme, ce qu'on nomme communément épiderme et corps muqueux ou réticulaire de Malpighi), dans son ensemble, est lisse, spongieux, d'une teinte grise plus ou moins foncée. Considéré à l'œil nu, on y reconnaît deux couches : l'une formée de feuillets parallèles au plan du derme, l'autre composée de fibres droites, perpendiculairement placées entre le derme et la couche extérieure. On voit paraître, à travers l'épaisseur de ce tissu gris noirâtre, les tiges blanches des papilles nerveuses, enveloppées de leurs gaînes, et la face inférieure de la couche horizontale est criblée d'ouvertures ou de dépressions, suivant la hauteur à laquelle on considère cette couche pour le passage ou la réception des petits cônes papillaires.

Pour analyser le corps épidermique, il faut prendre une des fibres perpendiculaires de ce corps; la placer au foyer de la loupe sur un verre légèrement humide. On distingue alors que cette fibre est composée d'une succession de petites lames squammiformes, imbriquées, situées sur une trame celluleuse très-déliée. Ces écailles se détachent avec une grande facilité et ce sont elles qui teignent l'eau en noir, sous l'apparence de granulations. Chaque écaille, considérée séparément, à la forme d'une raquette ou d'une spatule à bords mousses, à pédicule etroit et blanchâtre, et dont les deux faces son colorées en noir.

On distingue très-bien sur la peau des cétacés le point d'origine de la matière cornée, à cause de la teinte noire de cette matière, qui tranche avec la blancheur du derme.

Le développement du tissu corné se fait de dedans en dehors, et paraît d'abord sous l'apparence d'une matière muqueuse presque diffluente, qui peu à peu se solidifie et chasse devant elle les couches supérieures, déjà disposées distinctement en écailles. Les couches les plus extérieures sont donc les plus anciennes et les plus compactes.

Bien que nous ayons admis deux couches dans ce corps épidermique, il n'y en a réellement qu'une. Voici la cause de l'illusion: les fibres verticales qui s'élèvent de la surface du derme, s'inclinent bientôt après avoir parcouru un certain trajet, et cette inclinaison augmentant successivement, ces fibres finissent par devenir horizontales, et les écailles qui les constituent viennent naturellement former les écailles de ce qu'on appelle vulgairement épiderme, qui n'est pour nous que la couche la plus superficielle du tissu corné. Les canaux sudorifères s'infléchissant comme ces fibres écailleuses du tissu corné et s'ouvrant plus ou moins obliquement sous la dernière écaille de la fibre cornée, on ne peut

apercevoir son orifice qu'en soulevant cette écaille. L'examen attentif de toutes les formes épidermiques apprend qu'elles sont dues à ce mode de production, et que toutes sont engendrées par la fibre élémentaire que nous venons de décrire.

Chez l'homme, cette couche cornée sus-dermique, et qui comprend ce que beaucoup d'auteurs appellent l'épiderme et le corps muqueux ou réticulaire, est formée comme dans les cétacés. Deux élémens entrent aussi dans la composition de cette substance cornée épidermique, lesquels élémens sont fournis par deux organes de sécrétion : l'un pour la matière colorante, l'autre pour la substance d'apparence muqueuse. Nous avons retrouvé la présence des tiges perpendiculaires au derme ; elles s'infléchissent peu à peu pour devenir horizontales lorsqu'elles se rapprochent de la surface extérieure. L'existence des écailles a pu également être constatée, et si dans une simple note nous pouvions faire connaître une longue série de recherches, nous démontrerions que la peau de tous les animaux vertébrés que nous avons pu soumettre à notre examen présente une organisation identique.

6° Organes sécréteurs de la matière colorante, ou appareil chromatogène. — Ce petit appareil est situé à la partie extérieure du derme, dans la profondeur des sillons, au-dessous des lignes saillantes des corps papillaires. Sa partie supérieure est surmontée d'un grand nombre de tubes excréteurs assez courts, qui aboutissent au fond des sillons ou des tubes nombreux, et y versent la matière colorante. Sa face inférieure est hérissée de vaisseaux capillaires en rapport avec les canaux excréteurs des glandes qui sécrètent la matière diffluente dont la condensation constitue la substance cornée ou corps muqueux de Malpighi.

La structure de cet organe sécréteur paraît être areolaire, spongieuse, résistante ; son parenchyme propre et ses canaux excréteurs sont parfois d'un rouge très-marqué, parce qu'ils sont essentiellement vasculaires. Ils forment une limite que le système artériel ne franchit pas, et là ce système cesse d'exister. Lorsqu'on déchire ce tissu, on y trouve une infinité de petits tubes filamenteux d'où s'échappent des écailles ou granulations colorées. Ce réservoir n'existe nulle part ailleurs dans le derme.

On peut donc regarder ce tissu parenchymateux comme un organe glanduleux particulier, formé d'une substance propre, laquelle est pénétrée de vaisseaux capillaires, et de laquelle sortent des canaux excréteurs qui aboutissent au même point que ceux de la glande chargée de sécréter la matière cornée. Les petits canaux de l'organe sécréteur de la matière colorante versent ainsi, dans la matière qui forme la couche cornée sus-dermique, ou corps muqueux de Malpighi, les granulations du pigment, ou matière colorante.

Sur la peau de cétacés, on voit distinctement que la matière colorante noire est excrétée un peu avant de paraître hors du derme, c'est-à-dire qu'une demi-ligne environ avant sa sortie, on la trouve enfermée dans une capsule, à la surface de laquelle se remarquent de très-petits mamelons blanchâtres que la capsule embrasse étroitement ; ce sont les canaux excréteurs de l'appareil glanduleux chromatogène ou organe sécréteur de la matière colorante.

CONCLUSIONS.

Si dans cet exposé rapide nous avons pu être bien compris, il doit paraître résulter de notre travail long et difficile, que nous avons découvert plusieurs dispositions d'une haute importance et qui porteront plus de précision et de rigueur dans l'appréciation des lois de l'innervation, de la transpiration ou exhalation cutanée, de la coloration de la peau, de la production des tissus épidermiques et de leurs dépendances.

Ainsi nous avons cherché à établir.

1° Qu'il existe dans la peau un appareil de sécrétion de la sueur, composé d'un parenchyme glanduleux sécrétant le liquide, et de canaux qui le versent au dehors. Ces canaux excréteurs sont disposés en spirales, et viennent s'ouvrir très-obliquement sous les écailles de l'épiderme ;

2° Que les organes d'absorption diffèrent sous quelque rapport des vaisseaux lymphatiques ou des veines avec lesquels ils paraissent cependant communiquer. Ces organes se présentent sous la forme de canaux transparens, d'une grande fragilité, rameux ou formant de petites anses de communication les uns avec les autres, mais sur lesquels nous n'avons pu reconnaître aucun orifice, aucune bouche terminale pouvant servir à l'absorption. Ce qui porte à penser que cette fonction ne peut pas s'exécuter par une sorte de succion, mais bien plutôt par l'imbibition ou par un mécanisme analogue à celui de l'endosmose ;

3° Que le milieu dans lequel ces canaux sont répandus est une substance produite par une véritable sécrétion, laquelle étant fortement hygrométrique, forme un corps par l'intermédiaire duquel peuvent s'opérer les phénomènes de ce que nous appelons encore absorption ; laquelle absorption n'est plus prompte et plus facile sur les surfaces muqueuses, que parce que, sur ces tissus, la mucosité que nous comparons sous plus d'un rapport au corps épidermique, est moins dense et plus miscible avec les liquides qui doivent être absorbés.

4° Que les corps papillaires sont véritablement nerveux et les filamens nerveux qui entrent dans la composition de chaque papille, ne se terminent pas en formant un pinceau où chaque fibrile serait libre et isolée, mais les ramuscules nerveux paraissent offrir des anses ou arcades terminales ;

5° Que les papilles sont enveloppées d'une membrane propre et d'une couche fournie par la substance cornée épidermique ;

6° Que dans ces papilles pénètrent des vaisseaux sanguins, bien inférieurs au volume des filets nerveux ;

7° Que les diverses couches cornées épidermiques constituent un appareil particulier, composé d'un organe de sécrétion et d'un produit disposé en fibres d'abord perpendiculaires au derme, lesquelles deviennent ensuite horizontales. Ces fibres ou petites tiges résultent d'une superposition de petites écailles et que l'épiderme, proprement dit, n'est que la partie de ces tiges la plus éloignée du derme ;

8° Que dans cette substance épidermique, formée de tiges écailleuses, se trouvent répandus les canaux absorbans et les papilles nerveuses ;

9° Enfin qu'indépendamment de l'appareil de sécrétion de la substance cornée épidermique, il existe dans la peau, vers la face externe du derme un petit appareil pour la sécrétion de la matière colorante.

GAZETTE DU 15.

THÉRAPEUTIQUE.

Mémoire sur l'action médicamenteuse de l'acide phosphorique dans l'extrême période du croup, présenté à l'Académie des sciences pour le concours des prix Monthyon, par Auguste Boyer, ex-chirurgien interne des hospices de Marseille.

Les phénomènes qui caractérisent l'extrême période du croup sont si tranchés, que toute erreur de diagnostic est impossible. Des accès de suffocation souvent répétés, la teinte asphyxiée du visage, le bruit particulier de la respiration, la saillie des yeux indiquant la terreur, le gonflement des veines du cou, qui se renverse en arrière; la voix éteinte, les narines dilatées, la bouche béante, et dans les efforts violens de toux, l'expectoration de mucosités épaisses et de fausses membranes, tel est le groupe de symptômes, signes avant-coureurs d'une mort prochaine, ne laissant aucun doute sur la nature du mal.

Que faire en pareille occurrence? Le médecin doit-il rester spectateur tranquille de la scène effrayante qui s'offre à ses regards? Non; il doit agir. Ses retards deviendraient funestes et son inaction meurtrière. Il y a péril imminent pour le malade. La trachéotomie est la seule planche de salut qui se présente; il faut la saisir avec empressement: la conscience en fait un devoir.

Home la proposa le premier, et en discuta savamment les avantages. Les ressources que cette opération fournit sont précieuses; ses difficultés peuvent être surmontées par les mains les moins habiles, et les dangers qu'elle entraîne à sa suite n'ont rien d'alarmant. Aux objections du célèbre Bichat, nous répondrons par les nombreux témoignages des chirurgiens de nos jours. Les succès récens de MM. Bretonneau et Trousseau parleront sans doute à la mémoire de nos lecteurs.

Les règles à suivre pour pratiquer la trachéotomie sont sûres et faciles: on fait une première incision, étendue depuis l'échancrure du cartilage thyroïde jusqu'au-delà de l'échancrure supérieure du sternum; elle doit être dirigée un peu obliquement à gauche, afin d'éviter le tronc innominé; on incise ensuite avec précaution les parties comprises entre les muscles sterno-thyroïdiens jusqu'à dénudation de la trachée. L'opérateur évitera avec soin la section des veines thyroïdiennes, et si quelques ramuscules de ces vaisseaux étaient lésés, il ne faudrait pas perdre de temps à les lier; car l'hémorrhagie s'arrêtera d'elle-même après l'ouverture de la trachée. Une ponction pratiquée à la partie inférieure de ce canal permettant l'introduction d'un bistouri boutonné, on incise vivement jusqu'à la rencontre du cartilage cricoïde. L'air s'échappe alors avec bruit des voies respiratoires, et entraîne par l'ouverture artificielle les mucosités et fausses membranes qui engouaient ces conduits. Quelques praticiens ne donnent que peu d'étendue à cette dernière incision; il est pourtant indispensable que son degré de dilatation soit égal à celui de l'ouverture des organes naturels, et les physiologistes savent que, pendant l'inspiration, l'air de la dilatation de la glotte égale celle de la trachée. Le chirurgien devra se comporter, en un mot, suivant tous les préceptes de l'art, s'appliquant surtout à ne rien négliger pour maintenir les lèvres de la plaie béantes, et permettre par là la libre introduction de l'air dans le tube aérifère. Pour atteindre ce but, on se sert de la canule du médecin de Tours Néanmoins son emploi n'est pas à l'abri de tout reproche; l'impression que son contact détermine sur la trachée est suivie d'efforts violens de toux, et son application exige une surveillance continuelle. Cette canule s'engoue si facilement que le malade courrait les plus grands risques de suffocation si au moyen d'une éponge fixée à l'extrémité d'une petite baleine, on n'entretenait son entière liberté. Il faut enfin, au moins toutes les six heures, la nettoyer et la placer de nouveau. Cette précaution est indispensable pour prévenir l'obstruction de son extrémité inférieure, qui opposerait un obstacle mécanique au passage de l'air dans les voies respiratoires. Le petit instrument imaginé par M. Trousseau réunirait de grands avantages s'il n'était sujet au déplacement, et si ses extrémités crochues ne déchiraient la muqueuse en s'enfonçant dans les cerceaux du larynx. Nous croyons pouvoir parer à ces inconvéniens en proposant l'instrument que nous allons décrire.

Il se compose d'une tige métallique de 8 à 10 lignes de longueur à coulisse et brisée vers sa partie moyenne, de telle sorte qu'on peut augmenter ou diminuer sa longueur; ses deux extrémités sont bifurquées, et deux coulans qui se dirigent, l'un à droite, l'autre à gauche, écartent ou resserrent à volonté les branches des bifurcations. Un anneau, ou même une simple rainure, se trouvent vers le milieu de la tige; ils servent d'attache à un fil que l'on noue derrière le cou fortement. Si l'instrument était mal fixé, cette précaution préviendrait sa chute dans le tube aérifère. Lorsqu'après la trachéotomie on veut s'en servir, il est placé transversalement dans l'ouverture artificielle. Les deux bifurcations reçoivent les bords opposés de l'incision faite au larynx et les pincent au moyen des deux coulans que l'on dirige du dedans au dehors. On conçoit de suite le mécanisme de cet instrument et ses avantages sur le premier. Il se fixe aux cerceaux du larynx sans les déchirer, les efforts violens de toux ne sauraient le déplacer, et le jeu de sa tige donne, selon le besoin, une dilatation plus ou moins grande à l'ouverture artificielle. L'un et l'autre possèdent sur la canule une supériorité notable; ils ne s'engorgeront pas et laisseront la trachée entièrement libre. On pourra pratiquer des injections, enlever le mucus, et nettoyer les bronches avec la plus grande facilité. Ajoutons en dernier lieu que dans un cas d'urgence, une petite tige en bois, bifurquée à ses deux extrémités, suppléerait assez bien à notre petit instrument.

Il est facile de s'apercevoir que la trachéotomie n'est qu'une médication dilatoire. Par elle, on remédie aux effets de la maladie, sans en attaquer la cause. Aussi, malgré cette opération, la diphtérite n'est pas arrêtée dans sa marche rapide; elle envahit successivement toutes les muqueuses des voies aériennes, pénètre dans les ramifications bronchiques, et produit l'asphyxie en déterminant la formation de fausses membranes. C'est de cette obstruction mécanique que provient le plus souvent le danger de la suffocation. Ghisi et Callisen avaient observé qu'une amélioration sensible succédait à

l'expectoration des mucosités plastiques ; mais la cause qui leur a donné naissance persistant toujours, les mêmes symptômes doivent se renouveler par accès, et le malade périr d'asphyxie. L'examen du cadavre le prouve. En effet, son analogie avec celui d'un pendu est frappante.

La seconde indication qui se présente donc est de lutter contre l'inflammation dyphtéritique ; mais il est rare que, dans cette période extrême de la maladie, les antiphlogistiques, vomitifs, antispasmodiques, dérivatifs, etc., etc., n'aient été mis en usage et sans succès.

Dans cette triste situation, où puiser ses moyens thérapeutiques? Ici se groupent les faits nombreux qui parlent facilement en faveur des excitans locaux.

Une doctrine qui n'est pas sans célébrité dans le monde médical a pour base cet axiome : « Si à une maladie essentiellement grave et peu connue, on » peut substituer une maladie moins grave et bien » connue, on rend un service à l'art de guérir. » Or, c'est ce qui arrive dans le traitement de l'affection qui nous occupe : on suscite, par des excitans locaux, une inflammation de nature particulière, dont on peut apprécier et combattre la cause, qui remplace l'inflammation diphtérique, ou la modifie de telle sorte, que l'exsudation membraneuse n'a plus lieu. Ce mode inflammatoire, déterminé par cause externe, n'a rien de dangereux. Les bronchites et pneumonies qu'elle développe quelquefois guérissent sans difficulté. D'ailleurs, nous le demandons, les terminaisons de ces maladies sont-elles plus redoutables que celle de la diphtérite ? Si l'expérience prouve le contraire, pourquoi craindrait-on, dans ce cas, de porter des agens irritans sur la muqueuse des conduits respiratoires ?

Entraînés par la rigueur de ces raisonnemens, les praticiens demandèrent à la chimie les ressources qu'elle présentait. L'alun, jadis employé par Arétée, s'offrit en première ligne ; il devint un remède héroïque dans les mains du médecin de Tours, qui le remplaça plus tard par l'acide muriatique. Ce dernier agent chimique fut proclamé spécifique des diphtérites pharyngiennes ; mais son triomphe ne dura pas long-temps ; car de nouveaux essais mirent en honneur la dissolution concentrée de nitrate d'argent. Tâchons de prouver que son emploi, dans la thérapeutique du croup, n'est pas sans danger, et pour donner plus de solidité à cette assertion, puisons nos preuves dans le témoignage même de ceux qui préconisent le plus ses avantages.

De l'aveu de ces médecins, il résulte que la solution de nitrate d'argent, mise en contact avec le mucus des voies aériennes, y détermine la prompte coagulation de l'albumine. Si donc les bronches se trouvent engouées par les mucosités, il arrivera que l'instillation du caustique donnant naissance à des bouchons albumineux, déterminera l'asphyxie. M. Trousseau qui, à l'exemple de J. L. Petit, fait tourner ses succès, comme ses non-réussites, au profit de la science, avoue qu'il a à déplorer un pareil malheur. Il instilla dans la trachée d'un enfant de deux ans et demi, sept à huit gouttes de solution de pierre infernale, et, à l'instant même, il survint une suffocation promptement mortelle. « Si je n'ai pas eu dans » d'autres cas à déplorer cet accident, dit cet auteur, » c'est que les bronches peuvent se trouver naturel- » lement larges, et l'expectoration devenir vigou- » reuse après l'instillation.

Cependant, il ne reste, par fois, d'espoir de salut, que dans cette médication topique. La diphtérite débute, presque toujours, par les amygdales, se propage successivement au larynx, à la trachée, aux bronches, s'étend de là aux deuxième et troisième ramifications bronchiques et y produit de fausses membranes inaccessibles à nos instrumens les plus délicats. Il faut se hâter pourtant d'arrêter les progrès du mal par la cautérisation. Mais ici une pensée nous frappe ! qui oserait employer le nitrate d'argent après avoir signalé un écueil aussi dangereux? c'est une lacune à remplir dans le traitement du croup : ainsi, trouver un agent dont l'effet serait le même que celui de la solution caustique, sans en partager l'inconvénient ; tel est le problème à résoudre.

Les expériences auxquelles nous nous sommes livrés, nous portent à croire : que l'acide phosphorique préparé, par l'acide nitrique, et non chauffé au rouge, réunit toutes les conditions désirables pour atteindre le but proposé. Avant d'entrer dans les détails indispensables à ce sujet, examinons d'abord la nature de la fausse membrane.

La divergence des opinions fut long-temps cause de doute sur sa composition, lorsque les expériences précises et rigoureuses de Schwilgué démontrèrent, en fixant ses idées sur cet objet important, que ces concrétions, insolubles dans l'eau froide, insolubles dans l'eau bouillante, se dissolvant dans les alcalis, n'étaient autre chose que l'albumine coagulée. Dans ces derniers temps, M. Bretonneau voulut connaître les différences qui existaient entre les concrétions croupales, les fausses membranes adhérentes aux séreuses enflammées, et la couenne fibrineuse du sang ; mais aucun réactif chimique ne put lui en faire découvrir.

L'acide phosphorique, préparé dans les conditions indiquées, opère la dissolution de tous ces produits fibrineux, albumineux ou pseudo-membraneux.

Les fausses membranes sont les résultats de l'inflammation des muqueuses et séreuses ; leur formation est moins fréquente à la surface de ces premières; elles contractent aussi rarement avec les muqueuses, ces adhérences intimes qui les unissent aux séreuses. La raison de cette différence se trouve dans la conformation et les usages de ces deux ordres de membranes.

Produit d'une sécrétion altérée ou modifiée par une inflammation spéciale, l'exsudation plastique doit disparaître lorsque l'acte maladif qui lui a donné naissance est détruit ou change de nature. Les fausses membranes, ainsi formées au sein de l'organisme, peuvent jouir de la vie commune à toutes les tissus. Si elles tendent quelquefois vers une organisation parfaite, il est plus ordinaire d'observer leur altération : l'odeur qu'exhale alors cette putréfaction, a fait errer le diagnostic de plusieurs praticiens. Les annales de la science fournissent des exemples nombreux de diphtérites confondues avec l'angine gangréneuse.

Dans le croup, les fausses membranes sont séparées de la muqueuse par un fluide purulent ou visqueux. Leur couleur est blanchâtre, jaunâtre ou grisâtre. Leur épaisseur est subordonnée au degré d'inflammation qui les produit. Elles tapissent successivement les amygdales, le larynx, la trachée et les bronches. La rougeur de la muqueuse et le gonflement de ses follicules sont quelquefois très-prononcées, mais au-dessous de l'exsudation plastique, on n'aperçoit aucun signe d'inflammation ; on n'observe que de légers pointillages ou petites ouvertures béantes, d'où suinte l'albumine.

Cette composition albumineuse de l'exsudation plastique, soumise à une loi physique constante, n'a rien de surprenant. Tous les pathologistes savent que, lorsqu'une sécrétion change de nature, soit par suite d'un état morbide, soit sous l'influence d'une condition normale, le liquide sécrété doit passer par l'état albumineux. Examinez, en effet, ce qui a lieu dans le diabète, lors de la transformation des urines, ou dans la sécrétion du lait, si les glandes mammaires cessent de remplir les fonctions d'allaitement. Dans ces deux cas, les liquides sécrétés deviennent albumineux avant de changer de nature, et se convertissent de nouveau en albumine, en rentrant dans leurs conditions premières. La formation de la membrane caduque pourrait encore faire foi de cette vérité, si nous ne craignions de multiplier ces exemples.

Il reste donc démontré pour nous, que les fausses membranes ne sont autre chose que l'albumine ou fibrine coagulée, et nous reconnaissons l'insuffisance de nos moyens d'investigation pour découvrir les causes de cette coagulation. Examinons maintenant les causes de l'action de l'acide phosphorique sur ces substances animales, et les modifications qu'il imprime à l'organisme.

1° Mis en contact avec les membranes muqueuses, l'acide phosphorique y produit une inflammation vive, prompte et peu durable;

2° Injecté dans la trachée d'un chien, il ne fait éprouver à l'animal que le sentiment d'une légère douleur;

3 Son application sur les autres tissus vivans, détermine de vives souffrances;

4° Si son action n'est pas prolongée, son degré de causticité, quoique énergique, ne donne lieu qu'à des escarres superficielles;

5° Mis en présence de l'albumine et de la fibrine coagulées, il les dissout complètement.

Les alcalis et l'acide acétique jouissent aussi de cette propriété, mais à un plus faible degré. Nous avons pris de la fibrine qui s'attache aux balais d'osiers avec lesquels les bouchers battent le sang; nous l'avons soumise à l'action de l'acide acétique et phosphorique et la dissolution de ce corps a été parfaite.

Nous avons pu nous procurer encore ce principe, en enfermant un caillot de sang dans un nouet de linge que nous avons présenté à un courant d'eau; la fibrine ainsi obtenue, sous forme de filamens d'un blanc grisâtre, a été facilement soluble dans ces deux acides au moyen d'une douce chaleur. Observons que le nitrate d'argent et l'acide hydrochlorique, coagulent, au contraire l'albumine et la fibrine. L'acide muriatique se combine avec cette dernière substance et forme un composé qui est d'autant moins soluble dans l'eau, que l'acide y domine davantage.

De ces premières considérations, nous pouvons conclure que si, dans les inflammations diphtéritiques, le nitrate d'argent et l'acide hydrochlorique agissent en suscitant un nouveau mode inflammatoire qui remplace ou modifie avantageusement le premier, le même raisonnement devra s'appliquer à l'acide phosphorique, puisque son action sur les tissus est absolument semblable Il doit même être préféré à ces deux agens chimiques; car; nous l'avons prouvé, les fausses membranes n'étant que de l'albumine ou fibrine coagulées, l'acide phosphorique s'y dissoudra, tandis que le nitrate d'argent et l'acide hydrochlorique en augmenteront la densité. Nous devons à l'obligeance de M. Trousseau le larynx d'un enfant qui avait succombé au croup; nous détachâmes, avec facilité, les fausses membranes adhérentes à la muqueuse; et, les soumettant à l'action de l'acide phosphorique, leur dissolution fut complète. Nous avons opéré depuis, sur d'autres productions membraneuses, et les résultats obtenus ont toujours été identiques.

Il faut remarquer ici qu'il est indispensable que l'acide phosphorique soit entièrement privé de l'acide nitrique, qui a servi à sa formation, puisqu'il partagerait alors l'inconvénient des autres acides, celui de concréter l'albumine.

Une expérience bien simple constatera sa pureté: on mélange l'albumen d'un œuf avec l'eau; et, si quelques gouttes d'acide phosphorique, mises en présence de ce mélange, ne précipitent pas de petits flocons blancs, on peut certifier l'absence de l'acide nitrique. Il convient aussi que l'acide phosphorique ne soit pas chauffé au rouge, car il perdrait beaucoup de sa causticité.

L'alun, le nitrate d'argent et l'acide hydrochlorique, mis en contact avec le mucus des voies aériennes, ont produit des phénomènes à peu près analogues à ceux de la diphtérique, l'action de l'acide hydrochlorique détermine surtout une phlogose avec exsudation plastique. Le nouvel agent thérapeutique que nous proposons n'a jamais donné naissance, par son injection dans la trachée, à la concrétion membraneuse; bien mieux, l'acide phosphorique a pu dissiper, par son action sur le tube aérifère d'un chien, des accidens de croup déterminés par l'instillation du nitrate d'argent; mêlé au quart de son poids d'eau, dix gouttes de cet acide seront injectées dans les bronches d'un chat, sans donner lieu à des symptômes fâcheux.

Les expériences du célèbre médecin de Tours nous avaient appris que le principe vésicant, les cantharides, extrait au moyen de l'éther, et dissout dans l'huile d'olive, produisait un ensemble de phénomènes morbides, offrant une complète analogie avec l'inflammation diphtérique. La scène morbide, il est vrai, ne dépasse pas le lieu d'application de cet agent. Par ce moyen, nous fîmes naître de fausses membranes sur la muqueuse buccale d'un chien; et, après les avoir touchées, à plusieurs reprises, avec une éponge imbibée d'acide phosphorique étendu du quart de son poids d'eau, elles s'effacèrent pour ne plus reparaître.

C'est sur nous-mêmes, enfin, que nous voulûmes expérimenter. Il fut facile de développer, par la pommade ammoniacale, un phlyctène à la partie antérieure de notre avant-bras. La peau, ainsi dénudée, fut pansée avec le taffetas ciré; dix heures après nous examinâmes avec soin ce qui se passait à la surface du vésicatoire; elle était recouverte dans toute son étendue par une concrétion pelliculaire mince et demi-transparente. Cette première production enlevée, le tissu papillaire, immédiatement au-dessous, rougit aussitôt, et une nouvelle concrétion, plus opaque et plus épaisse, la remplaça.

Nous touchâmes alors le centre de la plaie avec l'acide phosphorique; la douleur ressentie, fut très-vive; mais après la cautérisation, l'exsudation plastique avait disparu pour toujours.

Ces premiers essais étaient trop heureux, et les conséquences thérapeutiques qui en découlent, trop précieuses pour nous borner à un aussi petit nombre d'expériences. Nous ne cherchâmes plus à constater

sur les animaux domestiques ce qu'il nous était permis d'observer sur nous-même.

Aussi, trois nouveaux vésicatoires furent appliqués à la partie interne de notre avant-bras ; et pour la seconde fois, nous eûmes recours à la pommade ammoniacale. Elle produisit le même effet, c'est-à-dire une pellicule concrète s'épanouit à la surface des trois vésicatoires. Il ne serait peut être pas inutile de noter ici que dix minutes suffisent ordinairement pour que cette pommade ait produit son action. Une auréole rose, circonscrivant le lieu de son application, indique l'épanchement de la sérosité. Il faut de suite procéder au pansement, car, un effet plus prolongé du caustique déterminerait la formation d'une escarre profonde. Peu instruit sur ces détails, nous l'avions employé la première fois sans précaution, et son contact mortifia notre peau à deux lignes de profondeur. Nous fûmes plus prudent dans cette seconde expérience, qui avait pour but de comparer la manière d'agir du nitrate d'argent, de l'acide hydrochlorique et de l'acide phosphorique dans la diphtérite.

Les résultats de notre observation doivent être considérés comme rigoureux, puisque ces trois caustiques sont employés pour la même maladie, dans les mêmes circonstances et sur le même individu. Nous avons pu noter le degré de causticité de chacun d'eux, la douleur qu'il occasionne, les changemens enfin qu'ils amènent dans la maladie, sous les mêmes conditions, dans le même laps de temps.

De ces trois diphtérites artificielles, la première fut crayonnée avec le nitrate d'argent; à l'instant même la plaie blanchit, et dix minutes après, cette coloration avait disparu. Nous renouvelâmes la cautérisation à quatre reprises différentes, et l'exsudation plastique ne recouvrit plus la surface de ce vésicatoire.

L'acide hydrochlorique, employé comme l'indique M. Bretonneau, produisit sur la seconde plaie ce dernier résultat.

La troisième fut largement cautérisée par l'éponge imbibée de trois gouttes d'acide phosphorique étendu du tiers de son poids d'eau. La douleur déterminée sous l'influence de ce caustique nous parut plus énergique, mais moins durable que celle ressentie par l'action des deux autres agens. Nous répétâmes deux fois cette cautérisation, à douze heures d'intervalle : la cautérisation membraneuse devint diffluente, disparut entièrement, et quelques jours ont suffi pour la cicatrisation de la plaie.

Ce dernier acide jouit donc, comme les deux autres caustiques, de la propriété de détruire l'inflammation diphtérique, sans avoir l'inconvénient qu'on leur reproche, celui de concréter l'albumine ou mucus ; d'où nous sommes en droit de conclure que dans les diphtérites, et surtout dans l'extrême période du croup, on doit le considérer comme le meilleur agent thérapeutique.

Peut-être, en réfléchissant aux propriétés spéciales de l'acide phosphorique, trouvera-t-on qu'il est de quelque intérêt de l'essayer en gargarisme dès le début du croup, c'est-à-dire dans la diphtérite pharyngienne. Son emploi, dans cette occasion, permet de limiter la maladie, soit en modifiant l'inflammation, soit en faisant disparaître les premières causes de suffocation.

Ces vues générales réduisent à trois les indications qui se présentent à la suite de l'exsudation plastique dans les voies aériennes : extraire ou résoudre la fausse membrane, combattre et détruire l'inflammation vicieuse qui tend à la reproduire. Pour atteindre ce triple but, la trachéotomie est une opération indispensable.

Les auteurs qui se sont élevés avec le plus d'acharnement contre elle ont prétendu que la seule utilité était l'extraction des fausses membranes. Ils ont accumulé preuves sur preuves pour démontrer que leurs adhérences excluaient cette possibilité, et comme il n'existe aucun signe qui puisse faire connaître d'une manière certaine si l'exsudation membraneuse est libre dans les voies aériennes, ils ont frappé la trachéotomie de réprobation.

D'ailleurs, ajoutent-ils, la fausse membrane est souvent remplacée par des concrétions isolées plus ou moins solides, plus ou moins adhérentes à la partie du canal qui se trouve en contact avec elle. Comment parviendra-t-on à les détacher toutes, à les extraire toutes par l'ouverture faite à la trachée? De plus, cette concrétion ne se borne pas toujours au larynx ; souvent elle descend à la partie supérieure des bronches, et l'ouverture artificielle ne suffira pas pour les désobstruer.... Ils nous accordent ensuite la possibilité de l'extraction, se réservant toutefois un dernier argument que je vais reproduire. « Par l'opération (dit un auteur recommandable, » M. Royer-Collard), on n'a ni guéri le malade, ni » diminué le danger de sa position. Ce qui constitue » la maladie, ce qui la rend dangereuse, c'est tout » à la fois l'inflammation de la membrane muqueuse » et la concrétion que cette inflammation tend à pro- » duire, et la contraction spasmodique qui accom- » pagne toujours ces deux premiers phénomènes. Or, » la trachéotomie, non-seulement ne détruit point » l'inflammation, mais contribue plutôt à l'augmen- » ter par l'irritation qu'elle occasione. En l'augmen- » tant, ou même en la laissant subsister, elle aug- » mente, et laisse subsister dans toute sa force, la » sécrétion vicieuse qui lui appartient; d'où il résulte » que l'instrument n'aura pas plus tôt enlevé la con- » crétion qui existait qu'une concrétion nouvelle » prendra la place de la première et produira les » mêmes effets. Enfin, la trachéotomie ne peut qu'ac- » croître le spasme au lieu de le diminuer, et comme » c'est le spasme surtout qui détermine la suffoca- » tion, la trachéotomie ne prévient ni n'empêche la » suffocation. »

1° Nous croyons avoir réfuté d'avance quelques-unes de ces imputations. Nous pensons aussi que la *trachéotomie* ne ferait qu'ajouter un nouveau mal à celui qui existe déjà, si l'opération isolée était notre unique ressource; mais la cautérisation qui se présente immédiatement après elle remédie à l'inflammation diphtéritique. La première objection reste donc sans valeur, puisqu'il est démontré que le but de cette opération est non-seulement l'extraction des fausses membranes, mais de faciliter encore l'application locale des médicamens.

2 Quelle que soit l'adhérence de la fausse membrane, l'acide phosphorique la détruira et pourra même en opérer la dissolution.

3° Que la concrétion membraneuse occupe toute l'étendue des voies aériennes, ou qu'elle soit disséminée aux différens points de leur surface, elle ne saurait échapper à l'instillation de ce nouvel agent.

4° Il importe peu que les productions diphtéritiques obstruent les premières ramifications bronchiques, ou que des mucosités épaisses engouent ces conduits ; l'acide phosphorique les atteindra facilement, et procurant leur fluidité facilitera leur expulsion.

Voilà donc les effets de la maladie dissipés sous

l'influence de l'opération et de l'action dissolvante de l'acide phosphorique.

Nous répondons, en second lieu, que la cause en sera détruite; car une des propriétés reconnues de ce caustique est de susciter sur la muqueuse du tube aérifère une inflammation qui remplace ou modifie avantageusement l'inflammation diphtéritique.

Quant au spasme constamment lié au degré d'irritation, il se dissipera avec elle, et comme dans la majorité des cas la suffocation qu'il détermine est le résultat de l'occlusion de la glotte par la contraction de ses muscles constricteurs, la trachéotomie y remédiera par son ouverture artificielle, donnant passage à l'air dans les parties inférieures de la trachée. Enfin, l'expérience qui devait prononcer en dernier ressort, s'est déclarée en faveur de cette opération. La trachéotomie a rappelé à la vie sept individus délaissés, et sur lesquels toutes les autres médications avaient échoué.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Revue de la clinique de M. Baudelocque, médecin de cet hôpital, pendant le dernier trimestre de 1833.

Coup d'œil sur les maladies du trimestre. — Angine couenneuse. — Gangrène de la bouche. — Rhumatisme compliqué de péricardite. — Hydrocéphale chronique et tubercules cérébaux, suite de rougeole. — Apoplexie cérébrale chez un enfant de 11 ans. — Trois cas d'anasarque avec urines albumineuses, liée à une altération des reins.

La part que prennent les circonstances atmosphériques au développement des maladies n'a jamais été révoquée en doute. Cependant, dominés depuis quelques années par la doctrine de la localisation, la plupart des praticiens ont négligé l'étude de cette influence, qui imprime aux maladies un cachet particulier, et devient la source d'indications curatives dignes de fixer l'attention du thérapeutiste. Pendant le dernier trimestre de 1833, la température a été beaucoup plus élevée qu'elle ne l'est ordinairement à cette époque de l'année. Les alternatives de froid et de chaud ont été peu prononcées; la température modérée a de beaucoup excédé la durée du froid, qui, du reste, a été peu vif. Aussi, les exanthèmes fébriles, qui ordinairement à la fin de l'automne et au commencement de l'hiver diminuent de fréquence, ont continué à régner, et les phlegmasies aiguës de la poitrine ont été très-peu nombreuses. L'état hygométrique de l'air mérite aussi de fixer l'attention. L'humidité, pendant ce trimestre, a été presque permanente; les pluies ont été fréquentes et répétées; nous avons essuyé peu d'averses, mais des pluies fines pénétrantes qui imprégnaient les vêtemens et modifiaient notablement la perspiration cutanée.

Sous l'influence de ces causes, les maladies ont été assez nombreuses, mais généralement bénignes. La mortalité a été très-peu considérable; elle a porté principalement sur les malades atteints de lésions organiques, sur les malheureux phthisiques, qui occupent une partie des lits pendant tout le cours de l'année. Les maladies prédominantes ont été les affections catarrhales, l'angine, le coryza, la bronchite, les flux muqueux de l'intestin, l'anasarque.

Quelques cas de choléra observés au commencement d'octobre, quatre rhumatismes articulaires, deux ou trois fièvres typhoïdes, quelques cas d'affections pseudo-membraneuses et d'exanthèmes fébriles, forment l'ensemble des maladies aiguës du trimestre.

Dans les affections catarrhales, la réaction était généralement peu intense. Aussi, le traitement antiphlogistique était pour le moins inutile lorsqu'il n'était pas nuisible. Les évacuans, au contraire, réussissaient à merveille. M. Baudelocque a saisi fort habilement cette indication, et il a retiré de grands avantages de la méthode évacuante. Un vomitif, composé de 12 à 20 grains d'ipécacuanha et d'un grain ou d'un demi-grain de tartre stibié, a fait disparaître rapidement un grand nombre d'angines. La même médication, employée au début des exanthèmes fébriles, favorisait la marche de l'éruption et modifiait heureusement les symptômes de catarrhe qui les accompagnent presque constamment. Nous n'avons vu dans aucun cas survenir des accidens à la suite des vomitifs et des purgatifs. Les évacuations plus ou moins abondantes qu'ils provoquaient cessaient dès le lendemain, et le tube digestif ne présentait jamais le moindre signe de phlogose. Chez un jeune enfant de 5 ans, qui offrait un de ces états morbides difficiles à caractériser, l'emploi d'un vomitif fut suivi de l'apparition d'une pleurésie diaphragmatique rapidement mortelle. Dans la pratique civile, un adversaire de la méthode évacuante n'eût pas manqué de signaler cette coïncidence; mais l'autopsie cadavérique nous a révélé d'autres causes de pleurésie Cet enfant, issu d'une mère poitrinaire, portait des tubercules dans les poumons et dans les fausses membranes qui tapissaient une portion de la plèvre, qui donna des signes de phlegmasie peu de temps après l'administration du vomitif.

Nous nous hâtons d'arriver à l'exposition des faits les plus intéressans sous le rapport du diagnostic et des indications thérapeutiques.

Angine pseudo-membraneuse grave; vomitif et cautérisation avec la solution de nitrate d'argent; guérison.

Obs. — Auguste Ganet, âgé de 5 ans, de constitution médiocrement forte, entre à l'hôpital le 13 décembre, dans le service des dartreux, pour un prurigo. Le 19 il se plaint de la gorge; la respiration est gênée; il y a eu la nuit de l'agitation, de l'insomnie. On le fait passer dans la division des maladies aiguës, où il nous offre le lendemain les symptômes suivans; face animée, céphalagie sus-orbitaire, injection des conjonctives, tuméfaction des ganglions cervicaux, inspiration sonore s'entendant à distance, expiration facile. En examinant l'intérieur de la cavité buccale, nous trouvons les deux amygdales énormément tuméfiées et couvertes, ainsi que le voile du palais de plaques nombreuses et isolées, d'un blanc jaunâtre. Le rapprochement des amygdales ne permet pas de voir le pharynx. La déglutition est notablement gênée; la douleur est peu vive; l'haleine est fétide, d'une odeur nauséabonde, mais non gangréneuse. La voix est nasonnée; le nez est le siége d'un écou-

lement séreux jaunâtre. Eternuemens fréquens; langue couverte d'un enduit épais, large et humide; pas de nausées, de vomissemens, ni de diarrhée. Peau chaude halitueuse; pouls petit à 144 pulsations; 24 inspirations par minute. (Orge miellée un pot, bouillon aux herbes, 12 grains d'Ipécacuanha avec addition d'un grain de tartre stibié en deux doses; gargarisme avec orge et miel rosat; bain de pieds sinapisé; diète.) Dans la journée, vomissemens abondans de matières glaireuses sans apparence de fausses membranes; trois évacuations liquides.

Le 21. L'exsudation pseudo-membraneuse a fait depuis hier de notables progrès; elle n'est plus formée de plaques isolées, mais elle recouvre dans leur totalité les deux amygdales et une partie du voile du palais. La couleur des fausses membranes est d'un blanc mat. L'altération de la voix, la gêne de la respiration persistent, ainsi que la dysphagie. Cependant la gorge n'est, au rapport du malade, le siége d'aucune douleur. La langue est tuméfiée: elle conserve sur les bords l'impression des dents; le coryza persiste, ainsi que l'écoulement séreux jaunâtre des fosses nasales. Même fétidité de l'haleine; les vomissemens et la diarrhée, provoqués par l'ipécacuanha, ont complétement cessé. Pouls à 130; 50 inspirations par minute; agitation la nuit, plaintes continuelles, insomnie, (Toucher deux fois par jour le fond de la gorge avec un pinceau de charpie trempé dans la solution de nitrate d'argent, 4 grains pour une once d'eau distillée. Un vésicatoire aux cuisses).

Le 22. Peu de changement. On continue la même médication, sauf les vésicatoires.

Le 23. Les fausses membranes ont disparu sur une partie des amygdales; elles sont amincies dans d'autres points. La voix est moins altérée, la déglutition moins gênée. On continue la cautérisation qui ne présente aucune difficulté, le malade étant fort docile. Les vésicatoires des cuisses le tourmentent beaucoup; la fièvre persiste avec la même intensité que les jours précédens; du reste, pas le moindre trouble des voies digestives. On sèche les vésicatoires.

Le 25. Il ne reste que deux petits points pseudo-membraneux au sommet des deux amygdales; ces glandes ont à peu près leur volume normal; elles sont d'un rouge assez vif. La voix est naturelle; l'haleine n'exhale plus de mauvaise odeur; la langue est dépouillée de son enduit, elle est humide. Le pouls est descendu à 84; la chaleur de la peau est naturelle; pas de gêne dans la respiration; 24 inspirations par minute. Le coryza a cessé; le malade a dormi pendant une grande partie de la nuit; il demande à manger pour la première fois. (Lait et semoule. On touche avec le caustique pour la dernière fois).

Les jours suivans il reste encore quelques petits points blancs, qui sont peut être le produit de la cautérisation, et qui disparaissent insensiblement. Le malade quitte l'hôpital entièrement guéri, le 30 décembre.

Presque tous les auteurs qui ont observé et décrit des épidémies d'affections pseudo-membraneuses, ont signalé l'influence de l'humidité sur la production de ces maladies. Ce qui s'est passé à Paris pendant ce trimestre vient tout-à-fait à l'appui de cette observation. Depuis quelques années le croup et l'angine couenneuse étaient devenus extrêmement rares. A l'hôpital des Enfans où l'on reçoit annuellement plus de trois mille malades, on n'en avait observé depuis quelques années qu'un très-petit nombre de cas. M. Baudelocque, qui depuis trois ans est médecin de cet hôpital, n'avait pas encore vu un seul cas de croup dans son service; et M. Guersent nous a affirmé que depuis la même époque il n'en avait recueilli qu'une seule observation. Outre quelques cas d'angine couenneuse, nous avons observé pendant ce trimestre trois cas de croup à l'hôpital. Le premier cas est relatif à un garçon de 6 ans qui nous fut apporté pendant la dernière période de la maladie; il succomba quelques heures après son arrivée. Le second malade est une jeune fille amenée également dans un état désespéré; l'interne de garde proposa la trachéotomie à laquelle les parens ne voulurent pas la soumettre. Enfin un troisième malade, âgé de 16 mois, fut amené à la consultation de M. Guersent, il était dans l'état le plus grave; une médication active fut mise en usage, mais ce fut sans succès. Plusieurs autres cas ont été observés en ville; pour notre part nous avons donné des soins à un jeune malade atteint de diphtérite, et un de nos habiles chirurgiens a pratiqué la trachéotomie sur un enfant de la rue du Sentier. Les adultes n'en ont pas été exempts, car M. Broussais a récemment présenté aux élèves qui suivent son cours de pathologie, le canal aérien d'un jeune militaire qui était entièrement tapissé de fausses membranes. Elles occupaient le larynx, la trachée-artère et les bronches.

Chez les trois sujets dont nous avons pratiqué la nécropsie, les fausses membranes n'étaient pas bornées aux voies aériennes, il en existait dans tous les cas sur le pharynx et les amygdales. Le défaut de renseignemens ne nous permet pas de savoir par quel point la maladie avait débuté. Toutefois, lorsque les fausses membranes siégent sur les amygdales, le voile du palais ou le pharynx, qui sont des parties accessibles à nos moyens thérapeutiques, on ne doit pas hésiter à y porter le caustique dès le début. Chez le sujet de l'observation précédente, quelques symptômes nous faisaient craindre la propagation des fausses membranes aux voies aériennes. La respiration était notablement gênée; l'inspiration était sonore, bruyante, difficile. Les bords de la glotte paraissaient altérés. L'écoulement des fosses nasales nous faisait également craindre que la membrane pituitaire ne fût le siége d'une exsudation couenneuse. Nos craintes se sont heureusement dissipées. Lorsque sous l'influence de la cautérisation les fausses membranes de la gorge ont été détruites, le malade a été promptement rendu à la santé. Les antiphlogistiques n'ont pas été mis en usage. L'expérience a démontré leur inefficacité. Les vomitifs et les révulsifs cutanés sont des moyens accessoires. Mais la médication vraiment héroïque, c'est la médication topique: elle a été dans ce cas couronnée d'un plein succès.

Gangrène de la bouche; cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Guérison.

Obs. II. — Louis Janvier, âgé de 10 ans, était depuis environ 6 mois dans le service des dartreux, lorsqu'il commença à se plaindre de la bouche dans les derniers jours de décembre.

Le 31, nous le trouvâmes dans l'état suivant: tuméfaction et renitence de la joue gauche, dont la coloration extérieure ne diffère pas de celle du côté

opposé. La pression n'est pas douloureuse; l'haleine est fétide; l'expuition est abondante et mêlée de sang; à la partie interne de la joue gauche, au niveau des dents de la mâchoire inférieure, existe une escarre grisâtre, superficielle, longitudinale, qui s'étend de l'amygdale gauche à une très-petite distance de la commissure des lèvres. La muqueuse qui entoure l'escare est rouge livide et boursouflée; les gencives du même côté offrent un aspect fongueux, et on y remarque également quelques points gangréneux. L'amygdale gauche est très-tuméfiée, mais elle n'offre ni ulcération, ni escarre, ni exsudation membraniforme. Légère gêne de la déglutition; engorgement des ganglions cervicaux du côté gauche. Le côté droit de la bouche est intact; les voies digestives sont en bon état; le pouls est petit et bat 96 fois par minute; la respiration est pure; il n'existe pas de toux; l'œil est bon; pas de prostration; l'intelligence est intacte. (Limonade, un pot; décoction de quinquina acidulée avec l'acide sulfurique, un pot; cautérisation de l'escarre avec le nitrate acide de mercure; introduire de temps en temps du chlorure de chaux en poudre dans l'intérieur de la bouche; deux bouillons.)

Le 1er janvier, peu de changement; on continue la même médication, à laquelle on joint un gargarisme avec le miel rosat et la décoction de quinquina.

Le 2 l'escarre persiste, mais elle est moins étendue; autour d'elle existe une vive rougeur. La pression de la joue est devenue douloureuse. Autour de la commissure des lèvres existe une légère exsudation membraniforme. Même fétidité de l'haleine, expuition toujours sanguinolente. Les deux premières molaires du côté gauche sont vacillantes.

Le 3, l'escarre est entièrement détachée; on suspend la cautérisation; on continue les gargarismes.

Le 4, la joue droite est tuméfiée; à l'intérieur on aperçoit deux ou trois taches grisâtres, dans l'intervalle desquelles la muqueuse est très-rouge. Du reste, pas de douleur vive; état général toujours assez bon. On engage le malade à se lever et à prendre de l'exercice. On cautérise le côté droit, et on continue l'usage des mêmes médicamens à l'intérieur.

Le 5 et le 6 on continue à cautériser le côté droit.

Le 7, l'escarre a complétement disparu; le malade continue à se promener dans des salles; on brosse chaque jour ses dents, et on lui nettoie la bouche avec l'eau de Rabel. L'haleine a cessé d'être fétide. On prescrit des alimens. On cesse dès ce moment l'emploi de tout moyen actif. Il ne survient aucun nouvel accident, et le malade quitte l'hôpital le 15 janvier.

La même médication a eu le même succès chez un autre malade âgé de 13 ans, qui a, comme le précédent, contracté la maladie dans l'intérieur de l'hôpital.

Sur quinze cas de gangrène de la bouche que nous avons observés pendant le cours de cette année, la maladie ne s'est terminée heureusement que chez les deux malades dont il vient d'être question. Tous les autres étaient beaucoup moins avancés en âge, et la maladie présentait d'ailleurs de graves complications. Souvent elle coexistait avec une inflammation du parenchyme pulmonaire. Presque toujours elle se manifestait vers la fin des exanthèmes fébriles. De ces quinze malades, trois seulement ont été amenés du dehors; chez les douze autres, la maladie a pris naissance dans l'intérieur de l'hôpital.

Rhumatisme compliqué de péricardite; vomitif au début, puis tartre stibié à hautes doses. Guérison.

Obs. III — Leroy, âgé de 12 ans, d'une constitution médiocrement forte, nerveux, irritable, et fort adonné à la masturbation, est né d'un père rhumatisant. Son aïeule paternelle est également tourmentée par des douleurs rhumatismales. Ce garçon est apprenti argenteur; il travaille dans un atelier vaste, bien aéré, dont la température est constamment élevée, et couche dans une soupente humide. Obligé de faire de nombreuses courses en ville, il a eu plusieurs fois ses vêtemens trempés par la pluie. Il éprouvait depuis huit jours des frissons irréguliers suivis de bouffées de chaleur, et accompagné de malaise et d'inappétence, lorsque, dans la nuit du 9 au 10 octobre, il fut pris d'une douleur vive, intolérable de l'articulation tibio-tarsienne gauche. La fièvre devint alors continue. Le lendemain cette articulation présenta du gonflement, de la chaleur et de la rougeur; il fut impossible au malade de se lever et de reprendre ses occupations. La nuit suivante le pied et le genou droit devinrent simultanément douloureux, la fièvre persista avec la même intensité. On le transporta à l'hôpital dans la journée du 11, et il nous offrit le lendemain à la visite les symptômes suivans : face pâle portant l'empreinte de souffrances; pas de céphalalgie, douleurs lombaires, rougeur, chaleur et gonflement des deux pieds et du pourtour des malléoles; douleur sans tuméfaction ni rougeur apparentes des deux genoux. Le décubitus a lieu sur le dos, le malade est immobile dans son lit, le plus léger mouvement des membres inférieurs lui arrache des cris; la peau est chaude sans moiteur; le pouls est plein et dur, il bat 112 fois par minute; la langue est large, humide et couverte d'un enduit blanchâtre; la bouche est pâteuse; la soif assez vive; du reste, pas de gêne dans la déglutition, pas de douleur à l'épigastre, pas de nausées ni de vomissemens; ventre souple et indolent; constipation depuis l'invasion; toux légère par intervalles; respiration pure; pas de dyspnée, pas de douleur des parois thoraciques. (Oxymel, 2 pots; bouillon aux herbes; lavement purgatifs; bain chaud; cataplasmes émolliens recouverts de taffetas gommé sur les articulations malades.)

Le malade dit avoir éprouvé du soulagement dans le bain, où il est resté environ une heure; le reste de la journée a été calme; une évacuation abondante a suivi l'administration du lavement purgatif; mais dans la nuit, de nouveaux accidens sont survenus.

Le 3, la face est profondément altérée; la parole est haletante; la respiration courte, anxieuse, accélérée; les ailes du nez se dilatent à chaque inspiration. Le malade pousse des cris aigus que lui arrache une douleur vive, déchirante qu'il rapporte à la partie antérieure et inférieure du thorax et à l'épigastre. Lorsqu'on approche de son lit, il crie: L'estomac! l'estomac! Il semble, dit-il, qu'on lui arrache cet organe. Cependant la langue reste humide et blanchâtre, il n'existe ni nausées ni vomissemens; la percussion du côté gauche et inférieur du thorax cause une douleur tellement vive qu'il est difficile de constater sa sonorité ou sa matité. L'auscultation fait entendre un bruit respiratoire pur, sans mélange de râle. Le pouls est petit, ac-

céleré, et offre quelques irrégularités ; il est moins fréquent que la veille ; 96 pulsations et 10 inspirations inégales. La rougeur des pieds a disparu, la douleur et le gonflement sont moins prononcés ; les membres supérieurs sont toujours libres ; les yeux et les parties génitales sont, au rapport du malade, le siége de vives douleurs. (15 grains d'ipécacuanha avec addition d'un grain de tartre stibié en trois doses ; infusion de tilleul, 2 pots ; frictions avec le baume tranquille sur les articulations malades.)

A la suite vomitif, cinq vomissemens ont lieu ; on compte le même nombre de déjections liquides. Le malade a été beaucoup moins souffrant le reste de la journée ; mais la nuit, les douleurs se sont de nouveau exaspérées. Pas de sommeil.

Le 14, douleur vive, déchirante de la région précordiale ; parole entrecoupée ; face légèrement violacée ; pouls petit, régulier à 78 ; respiration à 48. Le côté gauche du thorax offre une saillie manifeste vers sa partie moyenne et inférieure ; le son est mat sur le sternum et les parties qui l'avoisinent à gauche dans une assez grande étendue ; les battemens du cœur sont faibles et tumultueux ; la respiration est pure ; les articulations des pieds sont presqu'entièrement libres ; la douleur des genoux et des parties génitales persiste ; les muscles de l'abdomen sont tendus et forment une espèce de planche dont la pression est très-douloureuse. L'articulation du poignet droit est rouge, tuméfiée, douloureuse. Le soulagement qui, la veille, avait suivi l'emploi du vomitif, engage M. Baudelocque à persister dans l'emploi des antimoniaux. 4 grains de tartre stibié dans 6 onces d'infusion de tilleul, avec addition d'une demi-once de sirop simple, d'une once de sirop de pavot, et d'un gros de fleurs d'oranger à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Le 15, la potion a été prise tout entière ; un vomissement et 7 évacuations alvines, précédées seulement de quelques borborygmes, ont eu lieu. Une transpiration abondante s'est manifestée après l'administration des premières cuillerées de la potion stibiée ; la langue reste humide, et conserve son enduit ; la soif est très-vive, le ventre douloureux, mais la douleur paraît résider dans les muscles qui sont très-durs et forment, comme la veille une espèce de plan solide. Le malade se plaint toujours de douleurs à l'intérieur des orbites ; cette douleur augmente, dit-il, lorsque les paupières sont fermées. Du reste, la vision est nette, les pupilles sont naturelles. Tuméfaction douloureuse du poignet droit, simple sentiment de gêne dans les articulations des membres inférieurs. La dyspnée est moins intense ; la parole n'est plus entrecoupée ; le facies est meilleur ; le malade a dormi pendant une partie de la nuit ; la peau est moite ; le pouls bat 90 fois par minute, et n'offre pas d'irrégularité ; 36 inspirations. La région latérale gauche du thorax présente toujours une voussure très-manifeste, et cette partie rend toujours un son mat. On continue la potion stibiée. Le bien-être éprouvé le matin par le malade n'a pas été de longue durée. Vers midi, il y a un brusque changement dans la température et l'état hygrométrique de l'air. Dès ce moment les douleurs se sont réveillées et ont arraché au malade des cris qui ont persisté pendant toute la durée de la nuit.

Le 16 au matin, dyspnée intense, 46 inspirations par minute, accompagnées de dilatation des ailes du nez ; douleur de l'épaule gauche, qui jusque-là était restée intacte ; le pied droit est de nouveau rouge et tuméfié ; pouls à 100 pulsations ; cinq évacuations alvines, pas de vomissemens. Même prescription.

Le 17, 1 vomissement et 2 évacuations. Transpiration abondante, saillie, douleur et matité de la région précordiale. (6 grains de tartre stibié.)

Le 18, tolérance complète. Disparition de la douleur et du gonflement des articulations des membres. Même prescription.

Le 19 ; 4 vomissemens verdâtres, nausées continuelles. Pouls à 78, respiration à 28. Même prescription.

Le 21, on suspend le tartre stibié. Le malade entre en convalescence. Les douleurs rhumatismales ne reparaissent plus ; la saillie de la région précordiale est moins marquée ; le son est mat dans une moins grande étendue. Pendant la convalescence, le plus léger écart du régime, et même une simple augmentation de la dose des alimens, ramène la diarrhée et la dyspnée. L'auscultation du cœur fait entendre un bruit de soufflet bien manifeste. Le malade continue à se livrer à la masturbation. Il quitta l'hôpital le 5 novembre.

Les affections rhumatismales sont rares chez les très jeunes enfans. On en observe quelques cas après la dixième année ; mais elles sont loin d'être aussi communes à cet âge qu'à une période plus avancée de la vie. Vers le milieu d'octobre, il s'est présenté presque simultanément dans les salles quatre malades atteints de rhumatismes suraigus. Dans trois cas, la péricardite est venue les compliquer. Deux de ces malades ont été victimes de cette complication, que l'autopsie cadavérique nous a permis de constater. La péricardite primitive est heureusement une maladie assez rare ; les divers cas que nous en avons observé, soit chez les enfans, soit chez les adultes, se sont presque constamment montrés pendant le cours des affections rhumatismales. Quelquefois nous avons vu la péricardite exister avec l'inflammation de la plèvre. Dans tous ces cas, le diagnostic a offert quelque obscurité. Nous sommes loin de partager sur ce point l'opinion de M. Louis, qui, dans le résumé qu'il a présenté l'année dernière de faits observés pendant trois ans, a fait l'histoire de la péricardite avec sept cas tous terminés par la guerison, et qui a soutenu que le diagnostic de cette affection était aussi facile que celui de la pleurésie. Telle n'était pas l'opinion de Corvisart et de Laënnec. Ces deux observateurs disaient qu'on pouvait deviner la péricardite, mais non la diagnostiquer d'une manière précise. Chez les deux malades qui ont succombé à cette complication, la mort est survenue d'une manière brusque, inopinée, et la plupart des symptômes que M. Louis regarde comme caractéristiques manquaient. Chez le malade dont nous venons de rapporter l'observation, les signes de la péricardite nous ont paru beaucoup plus tranchés. Nous les avons tous exposés avec les plus minutieux détails, et peut-être quelques lecteurs conserveront-ils encore des doutes sur l'existence de cette affection. La douleur du côté gauche du thorax pouvait siéger dans les muscles intercostaux comme celle de l'abdomen résidait dans le plan musculaire qui forme la paroi antérieure de cette cavité. Au lit du malade, les opinions ont été partagées. Cependant la saillie et la matité de la région précordiale nous ont paru des signes suffisans pour caractériser l'existence d'un épanchement dans la cavité du péricarde. Quoi qu'il en soit, aucune émission sanguine n'a été pratiquée. La méthode contro-stimulante, qui avait été em-

ployée contre le rhumatisme a été continuée, et la guérison a eu lieu. Chez les deux autres malades, la même médication n'a pas eu des résultats aussi heureux Nous devons ajouter que son action physiologique a été toute différente. Ainsi, tandis que des évacuations par haut et par bas ont eu lieu chez le premier presque pendant tout le cours de la maladie, chez les deux autres la tolérance s'est établie dès le début, et après la mort, outre les produits de l'inflammation du péricarde, nous avons constaté dans le canal intestinal une rougeur vive très-étendue et de véritables pustules tout-à-fait analogues à celles que produit la pommade stibiée appliquée sur la peau. Ces deux malades ont succombé à peu de jours de distance l'un de l'autre. Les pièces anatomiques du premier avaient été conservées, et nous avons pu, en les comparant entre elles, constater l'identité des altérations.

Hémorrhagie cérébrale chez un enfant de 11 ans; hémiplégie gauche; saignées répétées au début; vésicatoire à la nuque; puis purgatifs à des intervalles assez rapprochés; douches sulfureuses; diminution progressive de la paralysie; guérison presque complète au bout de cinq mois.

Obs. IV. — Brerette, âgé de 11 ans, rue des prêcheurs, n. 10, est transporté, le 12 septembre, à l'hôpital, atteint d'une hémiplégie gauche. Doué d'une constitution médiocrement forte, d'un tempérament nervoso-sanguin, ce garçon n'a eu, pendant son enfance, ni engorgement des ganglions cervicaux, ni exsudation du cuir chevelu, ni ophtalmie. Il porte des traces évidentes de vaccine; il a eu la rougeole et la coqueluche. A ces maladies près, qui n'ont offert aucune gravité, il a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 10 ans. A cette époque, il a été pris d'accès de migraine qui se sont renouvelés assez fréquemment pendant une année. La douleur de tête avait constamment son siége à droite; elle était presque toujours accompagnée de vomissemens, et quelquefois de vertiges et de troubles de la vision. Le 12 août 1833, après un repas ordinaire, il retourne à ses jeux, au milieu desquels il est pris tout à coup de céphalalgie, de vertige; il perd connaissance, tombe, et on le relève hémiplégique. Des vomissemens abondans ont lieu après l'attaque Il reprend connaissance au bout d'un quart d'heure; mais il offre une déviation très-prononcée de la bouche; l'articulation des sons est extrêmement difficile; les membres du côté gauche sont entièrement privés de mouvement. Une saignée du bras fut pratiquée le jour même. Dans les jours qui suivirent, on appliqua cinq fois des sangsues, soit derrière les oreilles, soit au fondement. Plus tard on eut recours à l'application d'un vésicatoire à la nuque. Sous l'influence de cette médication, la parole devint tout-à-fait libre au bout de trois semaines, la déviation de la bouche diminua, mais la paralysie des membres ne subit aucune modification. Ces renseignemens nous ont été fournis par le malade, qui est doué de beaucoup d'intelligence; et ils ont été entièrement confirmés par sa grand'mère, qui a suivi la maladie depuis l'invasion jusqu'au moment où est entré le malade à l'hôpital.

La mère de cet enfant est douée d'une forte constitution, elle n'a jamais éprouvé aucune affection des centres nerveux. Le père fut pris, à la suite d'une vive frayeur qu'il éprouva pendant les événemens de juillet, d'une affection cérébrale, qui dégénéra en aliénation mentale. Il est mort à Bicêtre dans le service des aliénés, un an après l'invasion des premiers accidens. Le garçon a les cheveux d'un blond ardent, les yeux bleus, la peau habituellement pâle, se couvre d'une vive rougeur par suite de la plus légère émotion.

Le 13 septembre, un mois après l'invasion de l'hémiplégie, Brerette nous offrit l'état suivant: decubitus dorsal, face rouge animée pendant qu'il nous raconte les différentes circonstances de sa maladie, intelligence nette, articulation des sons distincte, déviation de la bouche à droite, surtout lorsque le malade rit, pupille droite dilatée, lentement contractile, pupille gauche naturelle, vision moins nette à droite qu'à gauche, membres supérieur et inférieur du côté gauche entièrement privés du mouvement, lorsqu'on les soulève et qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils retombent comme une masse inerte. Les doigts sont contracté, le malade ne peut ni les étendre ni les fléchir. La sensibilité est égale de part et d'autre. Les membres paralysés ont une température moins élevée que ceux du côté opposé, l'atrophie est peu marquée. Il n'existe aucune douleur. Il n'y a point aujourd'hui de céphalalgie, mais, il y a huit jours, le malade a éprouvé un accès de migraine, accompagné de vomissemens, c'est le seul depuis l'invasion de l'hémiplégie; le pouls est plutôt lent qu'accéléré, 64 pulsations par minute; la peau est de couleur naturelle, le cœur n'offre ni impulsion ni bruit anormal; les voies digestives sont en bon état; la langue, qui n'offre pas de déviation notable, est large et humide; appétit conservé, ventre indolent, constipation habituelle; pas de trouble de l'appareil respiratoire, l'auscultation et la percussion du thorax ne fournissent que des signes négatifs. (Huile de ricin, 1 once; bouillon aux herbes); deux évacuations abondantes.

Le 16, céphalalgie sus-orbitaire, face très-rouge, pouls à 96. (Même purgatif.)

Le 21 et le 28, la même médication est employée; le 29, amélioration sensible. Le malade peut exercer quelques mouvemens avec le membre inférieur gauche, ceux du membre supérieur sont beaucoup plus bornés. Nous l'engageons à se lever et à essayer de marcher. Il fait en effet quelques pas, appuyé sur le bras de sa mère, il traine la jambe gauche.

Le 8 octobre, il fléchit la jambe gauche sur la cuisse, mais il ne peut soulever le membre lorsqu'il est dans l'extension.

Le 10, céphalalgie générale, nausées sans vomissemens, pouls à 100 pulsations. On supprime les alimens, on ne permet que les bouillons; le lendemain, la céphalalgie a disparu.

Le 22, le bras droit commence à exécuter quelques légers mouvemens; on continue les purgatifs qui sont administrés tous les sept ou huit jours.

Le 2 novembre, le malade commence à marcher sans appui; les jours suivans, il se lève et se promène de temps en temps dans la salle. On commence l'usage des douches sulfureuses.

On continue la même médication jusqu'au 12 janvier 1834, jour de sa sortie. A cette époque, les mouvemens du membre inférieur sont assez libres; le malade peut courir. Quant à ceux du membre supérieur, ils sont un peu plus bornés; les doigts restent toujours contractés; les mouvemens sont lents; le malade a de la peine à saisir un corps;

mais il peut porter son bras sur la tête, et lui imprimer toute sorte de mouvemens.

L'hémorrhagie cérébrale est une maladie extrêmement rare chez les enfans. A peine en trouve-t-on huit à neuf cas déposés dans les annales de la science. M. Rochoux dans ses recherches sur l'apoplexie, et M. Andral dans son Traité d'anatomie pathologique, en ont présenté le résumé. M. Guersent, dans ses vingt années de pratique, soit en ville, soit à l'hôpital des Enfans-Malades, n'en a recueilli que deux observations. Il importe de distinguer l'hémorrhagie des centres nerveux, de cette affection que M. Serres a décrite sous le nom d'apoplexie méningée, et qui selon nous n'est qu'une variété de la meningite aiguë. Cette dernière maladie n'est pas très-rare chez les enfans. Pour notre compte, nous l'avons observée deux fois dans le cours de cette année. Quoi qu'il en soit, les phénomènes pathologiques bornés à un seul côté du corps, que nous a présentés ce malade, se rattachent d'un manière non douteuse à une hémorrhagie de l'émisphère droit du cerveau. L'invasion subite, instantanée de la paralysie, qui acquiert dès le début son plus haut degré d'intensité, qui reste stationnaire pendant quelques mois, et décroît ensuite d'une manière lente et progressive; ne laisse aucun doute sur la nature de cette affection. La marche de la maladie n'a pas été celle du ramollissement cérébral, que les antécédens pouvaient faire soupçonner. Quant à l'existence de tubercules dans le cerveau, que nous rencontrons si souvent à l'hôpital des Enfans-Malades, rien ne nous a porté à les soupçonner chez cet enfant, qui n'a offert aucun signe de la diathèse tuberculeuse.

Hydrocéphale chronique; pneumonie inter-currente; mort.—Tubercules du cerveau, du cervelet et du poumon; dilatation considérable des ventricules qui contiennent trois quarts de litre de sérosité limpide.

Obs. V. — Eugène Thiellant, âge de 19 mois, fut apporté le 6 décembre à l'Hôpital-des-Enfans, atteint d'une hydrocéphale chronique. Voici les renseignemens qui nous furent fournis par sa mère :

Cet enfant est né à terme. Il était bien conformé au moment de la naissance. L'accouchement ne fut ni long ni laborieux. Le travail de l'enfantement ne dura que trois heures. La tête de l'enfant avait un volume ordinaire, et trois mois après sa naissance il portait encore les bonnets du premier âge. Il fut élevé au biberon pendant trois mois et demi. A cette époque il fut confié à une nourrice qui habitait Menilmontant, et qui le nourrit de son lait jusqu'à l'âge d'un an. Il fut vacciné à l'âge de six mois; il porte encore aujourd'hui des traces évidentes de vaccine. Sauf une légère diarrhée à l'époque de la dentition, cet enfant n'a jamais éprouvé d'indisposition sérieuse jusqu'à l'âge de treize mois. A cette époque il contracte la rougeole; la maladie parcourt sa marche d'une manière assez régulière, mais quelques jours après l'éruption, il fut pris de mouvemens convulsifs qui affectèrent principalement les muscles des yeux, et se montrèrent neuf à dix fois dans l'intervalle de quelques jours. Du reste, le malade ne présenta jamais de rigidité permanente des membres, ni d'écume à la bouche La toux qui avait précédé et accompagné la rougeole persistait.

Un mois environ après l'invasion de l'affection rubéolique, la tête commença à augmenter de volume. L'enfant qui, avant cette maladie, commençait à faire quelques pas, cessa de marcher. Il était tourmenté par des accès de fièvre irreguliers. On attribua les accidens qu'il présentait à la présence des vers; on lui administra quelques authelmintiques qui ne furent jamais suivis de l'expulsion d'aucun entozoaire. A dix-sept mois la tête avait acquis un tel volume que le malade ne pouvait plus se maintenir sur son séant; la vue qui avait paru s'affaiblir progressivement, fut alors complétement perdue. Les mêmes accidens ont persisté jusqu'à l'époque où le malade a été soumis à notre observation.

La mère, âgée de 27 ans, n'a eu que cet enfant. Elle est d'une constitution médiocrement forte; elle n'a jamais eu de maladie grave, n'est atteinte d'aucune affection nerveuse, et n'est pas sujette à tousser. Le père âgé d'une trentaine d'années est sujet aux congestions cérébrales.

Examiné le 8 décembre, cet enfant nous offrit l'état suivant : cheveux bruns, yeux noirs, peau brune, système pileux assez développé. La face présente beaucoup d'embonpoint, le ventre est très-volumineux, et contraste avec la maigreur des extrémités inférieures dont les articulations sont très-tuméfiées. La dentition est peu avancée, six dents seulement. Décubitus dorsal, immobilité complète; le malade conserve presque constamment l'attitude qu'on lui donne. La tête a un volume énorme. (Voir plus bas les dimensions du crâne.) Les fontanelles ne sont point ossifiées; la vue est complétement perdue; les yeux ne sont nullement sensibles à l'action de la lumière; ils sont toujours fixes. Le malade n'articule aucun son; il ne pousse jamais aucun cri, se soumet sans mot dire à l'examen le plus minutieux. La colonne vertébrale ne présente pas de déviation; les extrémités inférieures sont paralysées de mouvement; la sensibilité y est très-obtuse; les membres supérieurs sont plus sensibles au pincement, ils exercent quelques légers mouvemens. Le pouls est petit, régulier, sans fréquence; la peau de chaleur naturelle; le ventre indolent; constipation habituelle. Toux par intervalles; pas de gêne notable de la respiration; on le nourrit pendant quelques jours avec du lait et des potages. Il ne se manifeste aucun changement notable dans son état jusqu'au 27 décembre; à cette époque la toux devint plus fréquente; la fièvre s'allume; la respiration devint extrêmement gênée; l'appetit se perd. On le fait passer dans la division des maladies aiguës.

Le 28, toux grasse extrêmement fréquente; expectoration nulle, râle trachéal; dyspnée intense. La peau est chaude; la face animée, pouls à 150 pulsations; 54 inspirations par minute. Les lèvres fendillées sont le siége d'une exhalation séro-sanguinolente; la langue est rouge; à l'intérieur de la bouche on aperçoit quelques aphtes; du reste pas de vomissemens ni de diarrhée; ventre souple et indolent. La percussion du thorax donne en arrière un son clair; la respiration est courte, l'inspiration peu vésiculeuse. Un gros râle muqueux, que l'oreille perçoit, masque tous les autres bruits; chaque mouvement inspiratoire est accompagné de dilatation des ailes du nez. On supprime les alimens et on donne des boissons pectorales.

Ces symptômes offrent le 30 et le 31 une legère rémission; mais les jours suivans ils redeviennent de plus en plus intenses, et le malade succomba

dans un accès de dyspnée, le 6 janvier, sans offrir le plus léger mouvement convulsif.

Nécropsie 22 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Tissu cellulaire adipeux de la face et du tronc assez développé; membres grêles avec courbure des os.

Tête. — Le crâne a un volume considérable, 21 pouces de l'os frontal à l'occipital, et 22 et demi depuis le dessous du menton jusqu'à l'union des pariétaux. On sent à travers les tégumens les fontanelles non ossifiées et très-larges. La calotte crânienne enlevée au moyen d'un trait de scie mené circulairement, et la dure-mère incisée, on voit que la grande cavité de l'arachnoïde ne contient pas de liquide; il n'en existe pas non plus dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les méninges sont saines et n'adhèrent point à la surface des circonvolutions qui sont peu saillantes, mais encore assez distinctes; la substance grise a son aspect normal, elle a environ deux lignes d'épaisseur; elle n'est ni ramollie, ni indurée. La substance blanche est également saine sous le rapport de sa consistance et de sa couleur, mais son épaisseur est notablement diminuée, surtout en arrière où elle forme une couche d'une ligne environ; les ventricules sont énormément distendus par un liquide parfaitement limpide dont la quantité peut être évaluée à trois-quarts de litre environ; le corps calleux et les parties centrales ont conservé toute leur fermeté; la couche de substance blanche qui revêt les ventricules a acquis une consistance supérieure à celle des parties sous-jacentes, de manière à simuler une membrane. Aussi, quelques personnes présentes à la nécropsie pensent-elles que c'est l'arachnoïde épaissie et ayant perdu sa transparence; mais en l'incisant avec soin, on peut reconnaître plusieurs couches, et au moyen de la dissection la plus attentive, on ne peut parvenir à détacher un feuillet séreux. Le corps strié, la couche optique et la corne d'ammon ne sont point atrophiés; l'ouverture de communication du ventricule moyen avec les ventricules latéraux est assez large pour permettre l'introduction du doigt auriculaire; le septum lucidum est intact, et le cinquième ventricule à peine marqué; les commissures sont saines; le conduit de Sylvius est très-large; rien dans le quatrième ventricule, son ouverture pourrait recevoir le petit doigt; les deux hémisphères cérébraux sont d'un volume égal; le gauche présente en arrière et au niveau de l'angle que forme la face cérébrale avec la tente du cervelet, un tubercule volumineux adhérent à la dure-mère dont on ne peut le détacher, et à la substance cérébrale correspondante.

Il est du volume d'une grosse amande; la substance cérébrale environnante paraît légèrement ramollie; autour de ce tubercule, il en existe 7 à 8 autres gros comme des pois, dont quelques-unes sont ramollis au centre; à la partie interne du lobe moyen, on observe deux autres tubercules gros comme des fèves; le lobe antérieur en présente un du même volume, situé en avant et en dehors; autour de ces productions morbides, la substance cérébrale est saine; cinq à six autres tubercules de grosseur variable existent le long du bord interne du même hémisphère; le lobe antérieur de l'hémisphère droit ne présente aucune tubercule, il en existe un de la grosseur d'une aveline dans le lobe moyen; et deux ou trois autres plus petits dans le lobe postérieur; la couche optique et le corps strié du côté droit contiennent chacun un tubercule; la même disposition se rencontre à gauche.

Le cervelet a un volume normal. A sa partie supérieure, sur la ligne médiane, existe un tubercule gros comme une fève. On en observe un autre de la grosseur d'une noisette à la partie supérieure du lobe droit; le bord et la partie inférieure du même lobe en présentent chacun un du volume d'une amande; on les aperçoit tous à la superficie de l'organe; dans le lobe gauche en existe un autre du volume d'une noix, ramolli au centre; la moelle alongée, le pont de varole, sont sains ainsi que la moelle épinière; les nerfs optiques ainsi que les autres nerfs encéphaliques sont à l'état normal.

Poitrine. — Les deux poumons sont farcis de tubercules miliaires. On y observe également quelques masses tuberculeuses et trois à quatre petites cavernes pouvant loger un pois. Le lobe supérieur gauche adhère à la plèvre costale par de fausses membranes épaisses, très-bien organisées; ce lobe est infiltré de matière tuberculeuse; il est induré, grisâtre et tout-à-fait imperméable à l'air. Le lobe inférieur droit est splénisé; son tissu est très-friable; les ganglions bronchiques sont transformés en masses tuberculeuses; le cœur et le péricarde sont sains; le trou de Botal et le canal artériel sont oblitérés.

Abdomen. — L'estomac est sain; les parois intestinales sont atrophiées; la muqueuse est pâle; les ganglions mésentériques ne présentent pas des tubercules. Les autres viscères contenus dans la cavité abdominale n'offrent rien d'anormal.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés dans la relation de ce fait nous dispensent de longues réflexions. Nous ferons seulement remarquer que la rougeole nous a paru être dans ce cas le point de départ de l'affection tuberculeuse et de l'hydrocéphale chronique. A l'hôpital des Enfans, où presque les deux tiers des malades appartenant aux classes les plus malheureuses de Paris, meurent victimes de la première de ces deux affections, nous avons eu de fréquentes occasions d'observer l'influence fâcheuse qu'exerce la rougeole sur le développement et sur la marche des tubercules. Plusieurs cas analogues ont été également consignés dans les annales de la science. On a vu quelquefois aussi l'hydrocéphale chronique se montrer consécutivement à cet exanthème fébrile. Robert Wihtt cite un cas tout-à-fait analogue: l'hydrocéphale datait des suites d'une rougeole essuyée dix mois auparavant.

Quant aux moyens thérapeutiques, ils eussent été tout-à-fait impuissans. Les frictions mercurielles conseillées par Underwood, et qui ont réussi à M. Jadolot chez un enfant de 4 ans, auraient pu modifier peut-être l'épanchement des ventricules; mais que pouvaient-elles contre les produits morbides dont le cerveau était le siége, et qui avaient envahi d'autres organes essentiels à la vie?

Maladie de Bright.

Sous l'influence de la constitution humide qui a régné pendant ce trimestre, nous avons observé un assez grand nombre d'anasarques. Les unes étaient idiopathiques, les autres symptomatiques. Tantôt elles étaient primitives, tantôt consécutives à des exanthèmes fébriles et à la scarlatine en particulier. Dans quelques cas, aucune lésion organique appré-

ciable ne nous a paru être le point de départ de l'infiltration du tissu cellulaire et de l'épanchement dans les grandes cavités. Nous n'avons pu constater autre chose qu'un trouble de la perspiration cutanée survenu chez des individus long-temps soumis à l'influence de l'humidité. Le phénomène pathologique observé chez ces malades était tout-à-fait analogue à ce qui se passe chez les animaux qui paissent dans des pâturages humides, et chez lesquels l'hydropisie s'est montrée d'une manière épidémique. Dans aucun cas l'œdème général ou partiel ne nous a paru dépendre d'une lésion du foie ou de l'organe central de la circulation. Ces altérations s'observent assez rarement chez les enfans. Chez trois sujets atteints d'hydropisie générale, nous avons constaté la présence de l'albumine dans les urines. Deux d'entre eux ont succombé, et à l'autopsie nous avons trouvé cette altération des reins, qui a été signalée il y a quelques années par Bright, et qui a été récemment l'objet des recherches de MM. Christison et Grégory d'Édimbourg. Cette maladie avait été exclusivement observée chez les adultes et les vieillards. On croyait que l'enfance était à l'abri de ses atteintes; mais les travaux plus récens de Wels et Blackall, et surtout de Hamilton, qui a observé et décrit une épidémie une de scarlatine suivie d'hydropisie chez les enfans, pendant l'automne de 1832, ont dissipé tous nos doutes à cet égard. Les faits que nous avons recueillis viennent confirmer les recherches de ces observateurs. Aussi les rapportons-nous avec quelques détails.

Hydropisie générale. — Urines albumineuses. — Mort au bout de deux mois par hydrocéphale aigue.— Altération des deux reins. — Tubercules pulmonaires.

Obs. VI. — Duval, âgé de 8 ans, présentant tous les traits du tempérament lymphatique, et né d'un père mort d'hydropisie à l'âge de 36 ans, est pris au commencement du mois d'août de douleurs de ventre et de vomissemens. Selon le rapport de sa mère, ces symptômes diminuent au bout de quelques jours, et font place à un œdème qui commence par les membres inférieurs, et gagne successivement l'abdomen, les membres supérieurs et la face. Du reste, la mère affirme que son enfant n'a pas eu, avant l'apparition de l'anasarque, d'exanthème fébrile, qu'il n'a pas été exposé à un refroidissement subit, et qu'il ne s'est jamais plaint de palpitations. Le malade, dont l'intelligence est très-obtuse, ne nous fournit aucun renseignement sur son état antécédent.

Le 10 août, jour de son entrée à l'hôpital, l'œdème est général, les paupières sont très-infiltrées, le côté droit de la face sur lequel le décubitus a lieu est plus œdématié que le côté opposé; l'abdomen offre une fluctuation évidente; les cuisses conservent l'impression des doigts; le scrotum et la verge sont énormément tuméfiés; le pouls donne 100 pulsations par minute; il est petit et régulier; le cœur n'offre rien d'anormal; la respiration est pure; le ventre est indolent; les voies digestives paraissent en bon état. On lui administre des boissons diurétiques, et deux purgatifs à quelques jours d'intervalle; l'anasarque diminue. Au bout de quelques jours, ce malade contracte la rougeole; cette affection parcourt sa marche d'une manière fort régulière, mais elle est accompagnée et suivie d'une bronchite très-intense. Des boissons adoucissantes, quelques sangsues sur la poitrine amènent du soulagement; la mère cède aux instances de son fils, qui désire quitter l'hôpital, et le ramène chez elle dans les premiers jours de septembre. Le 23 du même mois, il rentre avec son hydropisie, à laquelle s'est ajoutée une inflammation du poumon droit; le malade a beaucoup maigri, il est en outre survenu une diarrhée qui a été provoquée et entretenue par des écarts de régime et par une mauvaise alimentation. Les urines ne sont rendues qu'en très-petite quantité, elles sont briquetées et fournissent par la chaleur une assez grande quantité d'albumine. On applique des sangsues sur le côté droit de la poitrine, puis un vésicatoire; on donne de simples boissons pectorales. L'anasarque persiste; la phlegmasie pulmonaire fait des progrès. Dans la journée du 7 octobre le malade est pris tout-à-coup de convulsions générales et de strabisme avec dilatation considérable des pupiles; ces symptômes persistent quelques heures, à la suite desquelles il survient un coma profond dans lequel le malade s'éteint.

Nécropsie 22 heures après la mort.

Habitude extérieure.—Amaigrissement considérable, pâleur générale des tégumens; pas de rigidité cadavérique; infiltration très-prononcée autour des malléoles, nulle aux parties externes de la génération; cuisses molles et flasques; affaissement du ventre.

Tête.—Congestion veineuse des meninges et de la périphérie du cerveau. L'arachnoïde de la convexité est soulevée par une grande quantité de sérosité, Chaque ventricule latéral en contient environ trois cuillerées. Il en existe environ deux onces à la base du crâne. Du reste les meninges n'ont contracté aucune adhérence avec la surface des circonvolutions; elles conservent leur transparence normale. La substance centrale est pâle; sa consistance est naturelle.

Poitrine et cou. — Le larynx et les bronches sont pâles et contiennent beaucoup de mucosités spumeuses sanguinolentes et puriformes. Il n'existe aucune adhérence entre les plèvres costales et pulmonaire. Chaque cavité pleurale contient environ 3 onces de sérosité citrine. Le lobe supérieur du poumon droit est complétement hépatisé, et présente à son intérieur un certain nombre de granulations grises demi-transparentes. Le lobe moyen est à l'état d'hépatisation grise; un suintement purulent a lieu par la pression. Le lobe inférieur présente un engouement séro-sanguinolent. Le lobe supérieur du poumon gauche est crépitant; le lobe inférieur est hépatisé dans ses trois quarts postérieurs, et offre une masse tuberculeuse au centre, du volume d'une noix. Les ganglions bronchiques, d'un gris rougeâtre à l'extérieur, offrent au centre une multitude de petits points noirs; ils sont notablement hypertrophiés.

Le volume du cœur est normal; ses orifices sont libres; ses cavités contiennent deux petits caillots fibrineux. Le péricarde contient environ une once de sérosité limpide.

Abdomen. — La cavité du péritoine contient environ un litre de sérosité citrine. Le grand épiploon est considérablement infiltré; il se présente sous la forme d'une gelée transparente qui recouvre les circonvolutions intestinales. Le tissu cellulaire contenu dans le bassin et dans plusieurs autres points de la cavité abdominale, présente la même infiltration. Les ganglions mésentériques sont sains. Le tissu cel-

lulaire sous-péritonéal des parois intestinales est également œdématié.

L'estomac présente des rides nombreuses à sa surface interne; sa muqueuse est d'un gris rosé; elle est amincie et de faible consistance. La muqueuse de l'intestin grêle est généralement pâle, tapissée par des matières liquides jaunâtres; elle présente vers la fin de l'iléon quelques plaques grisâtres, réticulées, peu saillantes; des ascarides sont contenus dans l'intestin grêle et le cœcum, qui présente quelques arborisations très-fines. La muqueuse du colon est pâle et offre ça et là une multitude de petits points noirs qui ne font aucune saillie et semblent être les orifices des follicules. La consistance de la muqueuse intestinale paraît un peu diminuée, mais elle fournit encore des lambeaux de quelques lignes.

Le foie et la rate ne présentent rien de remarquable.

Les reins, de volume ordinaire, sont mous et friables; leur membrane propre s'enlève avec la plus grande facilité; leur surface externe est d'un jaune-brun et offre ça et là une multitude de petits points blancs comme de points d'épingles. En incisant les reins suivant leur longueur, la substance corticale présente la même teinte jaune et le même sablé blanchâtre. Les calices sont bien distincts.

Les douleurs de ventre et les vomissemens qui marquèrent le début de la maladie et précédèrent de quelques jours l'apparition de l'hydropisie, nous ont paru dépendre de la lésion des reins. Il était impossible de les rattacher à une phlegmasie du tube digestif; car à l'époque où nous observâmes le malade pour la première fois, l'épigastre était tout-à-fait indolent, et il n'existait pas de diarrhée. Des purgatifs furent même administrés à différentes reprises sans déterminer aucun accident du côté des voies digestives. Les évacuans associés aux diurétiques avaient été suivis d'une légère diminution de l'anasarque quand la rougeole survint, et aggrava singulièrement la position de ce malade, en favorisant le développement d'une pneumonie et hâtant peut-être la marche de l'affection tuberculeuse. Après deux mois de durée, l'anasarque diminuait; mais la phlegmasie des poumons restait stationnaire. Cependant cet enfant paraissait devoir prolonger encore de quelques jours sa pénible existence, quand la sérosité, qui paraissait avoir abandonné le tissu cellulaire sous-cutané, s'épancha dans la cavité de l'arachnoïde et entraîna rapidement le malade au tombeau. A l'ouverture, outre les altérations des méninges et des poumons, nous constatâmes dans les reins cette lésion que les médecins anglais ont vu coïncider avec l'hydropisie et la présence de l'albumine dans les urines.

Anasarque suite de scarlatine. — Urines albumineuses. — Pleurésie intermittente. — Altération des reins. — Epanchement purulent de la plèvre gauche. — Tubercules pulmonaires.

Obs. VII. — Vernier, âgé de 7 ans, de constitution grêle, à chairs molles, flasques; d'un tempérament lymphatique; entre à l'hôpital vers le commencement d'août, atteint de la rougeole. Cet exanthème parcourt sa marche d'une manière assez régulière, et le malade est retiré de l'hôpital au bout de 10 jours, toussant encore et ayant la diarrhée. Ces accidens persistent chez lui et il s'y joint des vomissemens. Peu de jours après sa sortie, Vernier est pris de scarlatine; cet exanthème ne présente rien de bien remarquable dans sa marche; mais 8 ou 10 jours après sa disparition les membres inférieurs s'infiltrent, l'œdème fait des progrès, et bientôt l'hydropisie devient générale.

Le 1er octobre, jour de sa rentrée à l'hôpital, la face, les membres supérieurs et inférieurs, et les parties externes de la génération, sont considérablement infiltrés; le ventre est tendu, douloureux à la pression; il offre une fluctuation évidente; le pouls est petit, régulier; la peau de chaleur naturelle; les urines ne sont rendues qu'en très-petite quantité; la diarrhée qui existait depuis assez long-temps a cessé depuis quelques jours; les voies digestives paraissent en bon état. On administre la décoction de cahinça à la dose d'un demi gros pour pour 6 onces d'eau, et on permet du bouillon.

Le 4, on double la dose du cahinça et on augmente le véhicule de deux onces. La diarrhée revient; le malade éprouve des nausées et des vomissemens; la sécrétion urinaire n'a pas subi la moindre modification sous l'influence de ce médicament; les urines sont depuis l'entrée du malade d'un rouge vif, soumises à l'action de la chaleur, elles fournissent une certaine quantité d'albumine qui s'élève à la surface sous forme de mousse; le malade n'en rend que deux ou trois onces dans les 24 heures; du reste, la région lombaire ne paraît pas plus douloureuse que le reste de l'abdomen. On suspend le cahinça et on le remplace par de simples boissons nitrées.

Le 7, le malade est pris dans la journée de mouvemens convulsifs des yeux et des membres, avec écume à la bouche; ces accidens persistent pendant plusieurs heures; le soir les yeux sont fixes, mais le malade reconnaît son père et répond à quelques questions.) (Potion éthérée, sinapismes aux membres inférieurs.) Les jours suivans les convulsions ne reparaissent plus, les membres n'offrent ni contraction ni paralysie; l'anasarque diminue sensiblement; la diarhée persiste.

Le 10, il se manifeste sans cause connue une pleurésie suraiguë; une saignée du bras est pratiquée; le caillot est mou et non recouvert de couenne. Plus tard on applique un vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine, qui est devenu le siége d'un épanchement; l'oxide blanc d'antimoine est également mis en usage. Le malade dépérit de jour en jour; la fièvre offre tous les soirs une exacerbation avec augmentation de la toux; l'infiltration diminue et finit presque par disparaître entièrement. Vers la fin d'octobre, le malade succomba aux suites de l'affection de poitrine dont il était atteint, le cahinça avait été repris plusieurs jours avant la mort, et avait déterminé les mêmes accidens qu'au commencement de la maladie.

Nécropsie.

Habitude extérieure. — Marasme; pas d'infiltration des membres ni du scrotum; pas de rigidité cadavérique; paleur générale des tégumens.

Crâne. — Vaisseaux des méninges et de la périphérie du cerveau médiocrement injectés; arachnoïde transparente; glandes du pachioni très-développées vers l'union du tiers moyen et du tiers antérieur des deux hémisphères le long de la grande scissure, infiltration considérable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; 2 onces de sérosité limpide à la base du crâne; une cuillerée à café dans chaque ventricule latéral; substance cérébrale pâle, de consistance

normale; cervelet et protubérance annulaire à l'état sain.

Cou et poitrine. — Le larynx, la trachée-artère et les bronches sont pâles et contiennent une petite quantité de mucosités spumeuses. La plupart des ganglions bronchiques sont tuberculeux, surtout à gauche. Le poumon droit est libre d'adhérences; ses lobes supérieur et moyen sont crépitans, et ne contiennent aucun tubercule. Le lobe inférieur est fortement engoué dans ses trois quarts postérieurs; son tissu est friable et se déchire avec la plus grande facilité. La cavité pleurale gauche contient dans ses deux tiers inférieurs un épanchement de matière blanchâtre ayant la consistance d'un pus phlegmoneux. La plèvre, dans sa partie costale et diaphragmatique, est tapissée de flocons albumineux adhérens à sa surface. Le lobe supérieur a contracté avec les parois thoraciques des adhérences qui sont évidemment d'ancienne date. La plèvre qui recouvre les deux tiers supérieurs de ce lobe, a une consistance semi-cartilagineuse et une épaisseur d'une ligne et demie. Le lobe inférieur est diminué de volume et presque imperméable à l'air; il est refoulé par l'épanchement sur la colonne vertébrale. Un épanchement analogue à celui de la cavité pleurale existe entre les lobes du poumon, où il est exactement circonscrit par d'anciennes fausses membranes et se présente sous la forme d'un abcès. De nombreux tubercules existent dans les deux lobes du côté gauche. Le péricarde contient une cuillerée environ de sérosité limpide. Le cœur est normal sous le rapport de son volume et des dimensions de ses cavités; ses orifices sont libres. Les gros vaisseaux ne présentent aucune altération.

Abdomen. — La cavité péritonéale contient un litre environ de sérosité citrine. Il n'existe entre les circonvolutions intestinales aucune adhérence. La muqueuse gastrique offre çà et là quelques points rouges; sa consistance est normale. Teinte rosée de la muqueuse de l'intestin grêle. Follicules isolés et agminés peu saillans. Pas d'escarides lombricoïdes. Pâleur générale et ramollissement de la muqueuse du gros intestin. Quelques ulcérations vers la fin du colon.

Foie de volume ordinaire; couleur normale, tissu friable. La rate contient quelques granulations tuberculeuses.

Les reins sont plus volumineux que dans l'état normal. Cette augmentation de volume est plus marquée dans le rein droit; la surface externe présente de nombreuses arborisations; le tissu de cet organe a perdu sa fermeté ordinaire; quelques petits points blancs apparaissent à la surface des parties incisées; le ponctué est surtout marqué dans la substance corticale; on n'observe ni à l'intérieur, ni à l'extérieur, une teinte jaunâtre.

Chez ce malade l'altération des reins, quoique très-bien caractérisée, était beaucoup moins avancée que chez le sujet de l'observation précédente. Il est vrai que la maladie a eu une moins longue durée. Du reste, dans l'un et l'autre cas, la lésion des reins n'était pas isolée, et il existait des complications qui ont exercé une fâcheuse influence sur la terminaison de la maladie. Ces complications ont été signalées par les médecins anglais, qui ont noté dans un assez grand nombre de cas la coexistence de la phthisie et de la maladie des reins. Cette coïncidence pourrait faire présumer que l'altération des reins est de nature tuberculeuse; mais outre qu'il existe une très-grande différence entre ces petits points blancs presque imperceptibles qu'on observe dans les reins et de véritables tubercules, nous ferons remarquer que, chez le sujet de l'observation précédente, il n'existait aucune trace de ce produit morbide dans les viscères contenus dans la cavité abdominale. Or, toutes les fois que nous en avons trouvé dans les reins, il y en avait en même temps dans le foie, la rate et les ganglions mésentériques. Tout récemment, nous avons observé dans le rein droit une masse tuberculeuse du volume d'une amande, et le sujet pendant la vie n'avait présenté aucun symptôme d'hydropisie. L'absence de ce phénomène pathologique nous avait dispensé de soumettre les urines à l'action des réactifs.

Hydropisie générale précédée et accompagnée de douleurs lombaires avec vomissement, urines albumineuses; emploi des émissions sanguines et des diurétiques; guérison.

Obs. VIII. — Dumay (Gabriel), âgé de 10 ans, demeurant à Paris, rue Bellefond, n° 30, entra à l'hôpital le 9 décembre, accusant cinq mois de maladie. Ce garçon, doué d'une assez forte constitution, n'avait eu pendant son enfance ni gourme, ni ophthalmie, ni engorgement glanduleux. Vacciné à l'âge de 10 ans, il portait des marques évidentes de vaccine, et n'avait eu ni rougeole, ni coqueluche, ni scarlatine. Sa santé commença à se déranger vers la fin de juillet 1833. A cette époque il fut pris sans cause connue de douleurs lombaires qui s'irradiaient vers l'estomac et provoquaient des nausées et des vomissemens. Elles s'accompagnaient quelquefois aussi de dysurie. Ces accidens, qui ne furent jamais continus et qui revenaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, persistèrent pendant deux mois environ. A cette époque il survint de l'infiltration autour des malléoles; l'œdème gagna successivement les jambes, les cuisses et les parties externes de la génération; le ventre ne tarda pas à augmenter de volume, et il devint le siége d'un épanchement considérable; la face et les membres supérieurs restèrent intacts. On administra au malade des boissons diurétiques et des pilules composées qui contenaient une certaine quantité de scille et de digitale. Sous l'influence de cette médication, l'hydropisie disparut complètement au bout de trois semaines; mais le malade ne fut pas entièrement rendu à la santé. Il continua à éprouver des douleurs lombaires et des vomissemens qui revenaient, il est vrai, à des intervalles assez éloignés. Vers la fin d'octobre les membres inférieurs s'infiltrèrent de nouveau. L'anasarque fit cette fois de rapides progrès, et au bout de quelques jours l'hydropisie était générale.

Le 10 novembre, à la visite du matin, le malade nous offrit l'état suivant: face énormément tuméfiée; œdème considérable des paupières, qui ne permettent pas d'apercevoir le globe de l'œil; les membres supérieurs et inférieurs sont également œdématisés; l'abdomen, très-développé, offre une fluctuation manifeste; le scrotum, renfermé dans un suspensoir qui le comprime de toutes parts, ne participe point à l'infiltration générale; la face est rouge et animée; la peau est partout ailleurs pâle, sèche, tendue; le pouls, petit, régulier, bat 104 fois par minute; l'auscultation et la percussion de la région précordiale ne fournissent que des signes

négatifs ; le son est normal, il n'existe ni impulsion, ni bruit de soufflet, ni bruit de râpe ; la respiration est accélérée ; la toux est assez fréquente, mais elle n'est suivie d'aucune expectoration ; l'auscultation de la poitrine fait entendre du râle muqueux à droite et à gauche en avant; le volume du ventre empêche le malade de se mettre sur son séant ; la langue est large, humide et couverte d'un enduit blanchâtre; l'appétit n'est pas entièrement perdu ; la soif est assez vive; du reste, pas de nausées ni de vomissemens ; il existe depuis quelques jours une diarrhée assez abondante ; sept ou huit évacuations liquides sont rendues dans les 24 heures. (Chiendent nitré, deux pots, julep gommeux, bouillon.)

Le 11. Les urines ont été gardées avec soin ; le malade en a rendu environ trois onces en 24 heures; elles sont troubles et présentent la couleur d'une forte décoction de quinquina ; traitées par la chaleur, elles fournissent une grande quantité d'albumine ; la diarrhée est moins abondante ; le malade n'a eut que trois évacuations ; il est probable qu'en allant à la garde-robe, il a rendu chaque fois une petite quantité d'urine dont on n'a pas tenu compte ; le pouls bat 120 fois par minute ; la respiration est à 40; la face reste animée. On pratique une saignée du bras qui fournit un sang recouvert d'une couenne blanchâtre fort épaisse.

Le 13, la première saignée ayant été suivie d'un soulagement notable, on en pratique une nouvelle qui ne fournit que quelques gouttes de sang, et on continue l'emploi des boissons diurétiques. La face est un peu moins volumineuse ; la respiration est moins gênée; on enlève le suspensoir qui comprime trop fortement les parties génitales, et qui a produit des excoriations dans le pli de l'aine. Dès le lendemain le scrotum et la verge ont acquis un volume énorme.

Le 15, le volume du ventre commence à diminuer ; il permet au malade de se mettre sur son séant. Le palper ne fait reconnaître dans l'abdomen l'existence d'aucune tumeur. Les urines sont rendues en plus grande quantité; elles sont moins foncées en couleur et contiennent toujours de l'albumine. La diarrhée persiste ; elle est peu abondante, et ne s'accompagne pas de douleurs abdominales. (On abandonne la diarrhée à elle-même ; on continue l'usage des boissons nitrées et du bouillon.)

Les jours suivans, l'état du malade offre peu de changement ; mais le 19, la face ne présente plus la plus légère trace d'infiltration ; l'œdème des membres diminue; la peau est bien moins tendue que les jours précédens ; le ventre est beaucoup moins volumineux. Les parties les plus infiltrées sont le scrotum et la verge. (On remet le suspensoir.) Les urines sont très-claires ; le malade en rend plus d'un demi-litre dans les vingt-quatre heures.

Le 25, l'infiltration des membres supérieurs et inférieurs a entièrement disparu ; celle du scrotum et de la verge est notablement diminuée. La paroi antérieure de l'abdomen est molle et flasque ; le ventre est souple et indolent ; les douleurs lombaires que le malade avait éprouvées par intervalles, pendant les premiers jours de son séjour à l'hôpital, ne se sont pas fait sentir depuis plusieurs jours ; les urines coulent abondamment ; l'appétit est assez vif; la diarrhée a cessé ; la circulation et la respiration n'offrent pas de trouble appréciable. (On donne le quart de la portion.)

Les jours suivans, l'amélioration se soutient ; le malade se promène dans la salle et dans la cour, et il quitte l'hôpital entièrement guéri le 5 décembre. Nous aurions désiré le garder quelque temps encore pour nous assurer s'il n'y aurait pas de récidive ; mais craignant l'influence du séjour de l'hôpital pour un enfant qui n'avait eu ni rougeole ni scarlatine, nous engageâmes ses parens à le reprendre, les priant toutefois de le ramener s'il survenait de nouveaux accidens. Deux mois se sont écoulés depuis sa sortie et nous ne l'avons pas revu.

Dans ce cas la maladie s'est présentée avec des caractères tellement tranchés que nous n'avons pas hésité à diagnostiquer une altération des reins analogue à celle qu'ont offerte les sujets des deux observations précédentes, mais à un degré moins avancé. L'invasion et la récidive de l'hydropisie sans cause appréciable, la présence d'une énorme quantité d'albumine dans les urines, les douleurs lombaires qui s'irradiaient vers l'estomac et provoquaient des vomissemens, la persistance de ces derniers symptômes, l'absence de toute lésion organique du cœur, ne laissaient presque pas de doute sur la nature de l'affection. Quant à la terminaison par la guérison, elle a été plusieurs fois observée par Gregory d'Édimbourg. Voici comment il s'exprime à cet égard : « L'un des caractères qui distinguent l'af-
» fection dont nous nous occupons des hydropisies
» causées par l'altération des autres viscères, c'est
» la curabilité. Quand, dans une affeceion du foie,
» du cœur et des gros vaisseaux, il survient des
» épanchemens séreux, soit dans les grandes cavi-
» tés, soit dans le tissu cellulaire, il ne reste plus
» de doute sur une terminaison funeste plus ou moins
» rapprochée. Il n'en est pas ainsi dans le cas où
» les phénomènes se lient à l'affection des reins,
» surtout si la maladie est observée à la première
période. » Sur les quatre-vingts cas cités par cet observateur, il y en a vingt-deux qui se sont terminés par une guérison complète, et dix par un soulagement notable. Nous avons nous-même observé cette heureuse terminaison chez un autre malade récemment sorti de l'hôpital.

CONSTANT, D.-M. P.

Le n°. du 22 février qui doit faire suite à celui du 15 a été par suite d'une erreur dans la distribution typographique des matières, placé en tête de la Gazette Médicale.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

FEVRIER 1834.

——— LANCETTE DU 1er. ———

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

SERVICE PAR INTÉRIM DE M. DALMAS.

Chorée avec paralysie de la sensibilité, guérie promptement par les émissions sanguines et les bains sulfureux.

Rosalie Rouillard, âgée de dix-sept ans, entra dans la salle St-Joseph le 2 janvier; elle était atteinte de la maladie connue sous le nom de danse de St-Weit, ou St-Gui. Douée d'un tempérament lymphatique, cette jeune fille était habituellement bien réglée. Elle reçut, au mois de juillet dernier, un violent coup de tête de cheval dans l'hypochondre droit; il en résulta une forte contusion, suivie pendant quelque temps de gêne dans la respiration; elle fut malade pendant un mois environ, et délira pendant plusieurs nuits.

Vers la fin du mois d'août elle était parfaitement guérie. D'après ce que nous dit son père, la jeune malade avait parfois l'intelligence émoussée; et dans cette circonstance, elle montrait une gaîté insolite.

Il y a trois semaines environ qu'elle éprouva subitement, et sans cause appréciable, de la céphalalgie sus-orbitaire du côté gauche; elle fut contrainte d'abandonner son travail. Etant rentrée chez elle, on lui appliqua des compresses imbibées d'eau vinaigrée sur la tête; cette douleur, qui disparut au bout de quelques jours, fut suivie de contractions involontaires dans les muscles du bras gauche; le membre pelvien du même côté offrait les mêmes phénomènes, mais avec moins d'intensité; la parole était parfois embarrassée. L'écoulement des menstrues eut lieu deux fois dans le mois de décembre.

Bientôt la vue se troubla dans l'œil gauche; les contractions musculaires imprimaient aux membres du côté gauche, ainsi qu'au col et à l'épaule, des mouvemens brusques et saccadés. Lors de la progression, le tronc présente les mêmes mouvemens; la tête est brusquement portée dans toutes les directions; la langue, à sa sortie de la bouche, présente une mobilité anormale.

Moins agitée la nuit que le jour, la malade goûte souvent trois ou quatre heures de repos.

Le bras gauche a perdu sa sensibilité, phénomène qui ne s'observe pas dans le membre abdominal du même côté. La malade est très irritable; la moindre contrariété la jette dans l'agitation.

Le 3 janvier, M. Dalmas prescrit une saignée du pied; till. or.; 3 soufres.

Le 6, les mouvemens sont moins fréquens à gauche; la sensibilité renaît un peu au bras. Un bain sulfureux; le quart.

Le 7, les mouvemens du bras et de la cuisse gauche sont un peu plus marqués; ceux du côté droit sont tranquilles. Pouls plein et fréquent, agitation morale.

Depuis le 8, des bains sulfureux et 4 grains d'aloès en deux pilules ont été prescrits.

Le 16 on observe une amélioration considérable; les mouvemens involontaires sont très légers, et reviennent de temps en temps, surtout lorsque la malade est contrariée.

Le 28 janvier, elle sort parfaitement guérie, après avoir séjourné vingt-trois jours à l'hôpital.

Observations sur l'emploi de la créosote,

PAR M. LE DOCTEUR BERTHELOT.

L'un des premiers médecins de Paris, j'ai eu de la créosote à ma disposition, grâce à l'obligeance de M. Billard, pharmacien, rue Saint-Jacques-la-Boucherie, n° 28, qui me remit une partie de celle qu'il prépara avant d'en instruire le public, pour que je fisse quelques expériences, et pusse m'assurer si les effets de cet agent étaient identiques à ceux mentionnés par M. Reichenbach.

Voici le résultat de mes observations :

PREMIÈRE OBSERVATION.

Ulcères variqueux de la jambe; pansement avec l'eau créosotée; dessiccation prompte.

Le nommé Victor, jeune homme idiot, homme de peine chez M. Patin, vinaigrier, rue Saint-Jacques-

la-Boucherie, n° 30, porte aux deux jambes de larges ulcères variqueux depuis plusieurs années; celui de la jambe gauche est profond, à bords calleux, durs, et le siége d'une suppuration très-fétide, roussâtre, très abondante, et environné d'un gonflement rouge, dur, comme lardacé: il a au moins cinq pouces de longueur, sur un pouce et demi de large.

Je le pansai, le 16 décembre 1833, avec du coton imbibé d'eau créosotée (trois ou quatre gouttes de créosote pure, par once d'eau distillée), et le lendemain la suppuration et l'odeur étaient entièrement supprimés; je continuai ce pansement pendant plusieurs jours, et la suppuration ne revint pas, ni la mauvaise odeur. Je constate seulement ces deux faits, car on ne put continuer l'application de la créosote par des raisons tout-à-fait étrangères à l'usage du remède.

Deuxième observation.

Ulcère variqueux rebelle; cicatrisation rapide par les pansemens avec l'eau créosotée.

Trouillet, d'une bonne santé, d'une forte constitution, commis chez M. Couture, passage du Petit-Saint-Antoine, portait une plaie variqueuse à la jambe gauche, au-dessus de la malléole externe, depuis 1823, lors de la campagne d'Espagne, à bords calleux, durs, de la largeur d'une pièce de six francs et de forme très ronde (en cet endroit l'enveloppe cutanée de la jambe est très étendue, et prête difficilement). Depuis deux mois je tenais le malade couché, et pansais sa plaie avec des plaques de plomb laminé, sans aucune diminution notable dans la grandeur de sa plaie, ni formation d'aucune cicatrice, lorsque le 16 décembre 1833, je pansai la plaie avec du coton cardé imbibé d'eau créosotée et de temps à autre, avec quelques gouttes de créosote pure. La suppuration et la mauvaise odeur disparurent aussitôt après la première application. Au bout de quelques jours de pansemens, il se forma une légère pellicule sur le haut de la plaie: elle s'étendit peu à peu, et en dix jours en couvrit les trois quarts; elle fut complètement cicatrisée le 22 janvier 1834. Environ un mois après l'usage de la créosote, lorsque deux mois de repos absolu et de pansemens méthodiques avec des plaques de plomb, moyen que j'ai employé avec beaucoup d'avantages en maintes autres circonstances, n'avaient pas même amené un commencement de cicatrisation.

Troisième observation.

Suppuration de l'oreille guérie par l'eau créosotée.

La petite fille Martin, rue de Marivaux, n°. 23, âgée de huit ans, portait, à la suite d'une leucophlegmasie guérie, une suppuration désagréable dans le conduit auditif externe de l'oreille droite.

Le 17 décembre 1833, je fis tomber dans l'oreille droite, trois ou quatre gouttes d'eau créosotée. Le lendemain la suppuration avait cessé. Je fis continuer ce même pansement pendant cinq jours, et elle n'a jamais reparu depuis ce temps (aujourd'hui 29 janvier.)

Quatrième observation.

Excision d'une tumeur de l'anus; suppuration abondante tarie par l'eau créosotée.

Le 17 novembre 1833, j'enlevai à madame Christin, rue Saint-Martin, n. 60, une tumeur qu'elle portait dans le rectum depuis environ deux mois.

Cette dame ressentait de la douleur au siége, et des élancemens très douloureux dans le fondement. Elle en parla à son médecin habituel, M. le docteur Perronneau de Bessan, qui me fit mander en consultation.

L'examen de la tumeur, au moyen du doigt placé dans le rectum, nous fit reconnaître, sous la paroi gauche de cet intestin, immédiatement au-dessus du sphincter, une tumeur du volume d'un œuf de poule des plus gros, dure, bosselée, adhérente à l'intestin et au muscle sphincter; mais cependant assez facile à circonscrire avec le doigt, qui pouvait s'élever au-dessus et l'abaisser; elle descendait dans l'épaisseur de la fesse au-dessous de l'anus, où l'on rencontrait un pertuis qui pénétrait dans la tumeur et laissait suinter un liquide séreux, jaunâtre.

Cette tumeur était le siége d'élancemens douloureux; nous proposâmes l'opération, et le 1er novembre, avec M. Perronneau, j'enlevai cette tumeur en emportant au moins un tiers du sphincter, moitié de la paroi gauche de l'extrémité anale du rectum adhérente à la tumeur, quelques tronçons charnus du releveur de l'anus; et, comme la tumeur se portait en arrière au-devant de l'extrémité libre du coccix, je fus obligé de prolonger assez avant l'incision de la peau où de la commissure postérieure de l'anus, pour nécessiter, après l'opération, deux sutures enchevillées, afin de retenir l'entrée anale. Il n'y eut, à notre grande satisfaction, aucun accident consécutif du côté du ventre, et la suppuration s'est bien établie; mais nous étions forcés de tenir la malade à une diète rigoureuse, pour éviter la formation des matières fécales dures, qui, en sortant, pourraient bien déchirer les points de suture. Nous tînmes donc la malade sans aucune nourriture pendant huit jours, et ensuite nous la nourrîmes avec du bouillon.

Nous étions arrivés au 16 décembre, un mois après l'opération, la malade allait bien, mais la diète et la suppuration affaiblissaient considérablement ses forces; et la plaie, baignée continuellement par les mucosités du rectum, se cicatrisait très lentement. Alors nous eûmes recours à la créosote pure et à l'eau de créosote. Ce médicament remplit parfaitement bien les deux indications que nous nous proposions: cicatriser promptement et diminuer la suppuration. Je pansai chaque jour avec du coton imbibé d'eau créosotée. La suppuration diminua au point que vingt-quatre heures après le premier pansement, je n'en trouvai plus. La plaie marcha vers une prompte cicatrisation, et quoique très grande et dans des conditions très défavorables, baignée par les mucosités intestinales, la plaie a été entièrement cicatrisée vingt-sept jours après, du moment où la suppuration a été arrêtée.

Madame Christin a repris promptement ses forces; maintenant elle n'éprouve aucune infirmité, et va bien à la garde-robe, retient bien ses matières fécales quand

elles sont formées comme avant l'opération ; marche sans la moindre diffieulté, et seulement a de la peine à se retenir quand elle a la diarrhée.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Brûlure du poignet; dessiccation rapide par l'eau créosotée et la créosote pure.

La petite fille Coulomb, rue des Eerivains, nº 22, se laissa tomber le poignet sur le bord d'un poêle. La brûlure avait environ la largeur d'une pièce d'un franc; la moitié n'était brûlée qu'à un degré de vésication, et l'autre moitié à un degré de cautérisation de la peau. J'enlevai l'épiderme soulevé par de la sérosité ; je pansai avec le coton imbibé d'eau créosotée, et j'en fis tomber une goutte de pure sur la partie la plus brûlée Le lendemain, la moitié de la plaie la moins brûlée. s'est séchée ; l'autre moitié s'est recouverte d'un croûte. Je continuai le même pansement pendant cinq jours .Il n'y eut aucune suppuration ; la croûte tomba, et la plaie était entièrement cicatrisée.

SIXIÈME OBSERVATION.

Dartre du menton; guérison prompte par l'eau créosotée.

M. Mitiver, rue des Cinq-Diamans, nº 18, portait depuis huit jours, une dartre de la largeur d'une pièce de deux francs, sur le côté gauche du menton ; elle était rouge et donnait une suppuration séreuse. Je pansai avec le coton imbibé d'eau créosotée et de créosote pure chaque jour : et le 27 décembre 1833, huit jours juste après le premier pansement, la dartre était complétement guérie ; une croûte dure formée dessus tomba ; et la peau lisse, unie, comme s'il n'y avait jamais eu de mal, ne conservait que la couleur rouge d'une cicatrisation fraîche.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Ulcère syphilitique du pénis, guéri par l'eau créosotée.

M. Lemarquant, rue Saint-Honoré nº 45, atteint d'une syphilis chronique, avait une figure maigre, jaune, toute décomposée. Soumis à un traitement rationnel par le sublimé à la dose de 1/6 de grain, chaque jour il avait repris toute sa bonne santé et de l'embonpoint. Au moment du traitement, il portait depuis longtemps sur le gland un chancre grand comme une pièce de dix sous, à bords coupés à pics et comme calleux. Lorsque sa santé générale fut bien rétablie, et que le traitement allait finir, jugeant que le chancre ne se cicatriserait pas, quoiqu'il fût pâle et sans inflammation bien déterminée, je le pansai avec la pommade mercurielle, et le touchai même plusieurs fois avec le nitrate d'argent sans aucun changement notable ; depuis deux mois il était toujours le même, lorsque le 29 décembre 1833, je le pansai avec la charpie de coton imbibée d'eau créosotée, et continuai le même pansement soir et matin ; au bout de huit jours je le débarrassai d'une croûte qui s'était formée dessus, et trouvai sous la croûte le chancre parfaitement cicatrisé.

HUITIÈME OBSERVATION.

Brûlure étendue au premier et au cinquième degré, guérie en cinq jours par l'eau créosotée.

La demoiselle Isidore, rue de la Haumerie, nº 20, se brûla avec du lait bouillant la tempe droite, le pavillon de l'oreille, la joue, le cou et le dos depuis la nuque jusqu'au milieu du dos, à la tempe, à la joue et au cou, la brûlure était au premier degré ; à l'oreille et au dos, au second degré. Je fis laver avec l'eau créosotée (3 ou 4 gouttes de créosote pure par once d'eau distillée) les parties brûlées au premier degré, et en cinq jours tout fut guéri sans suppuration. Les parties brûlées au second degré furent pensées de même, et en douze jours tout a fut cicatrisé. Ces dernières parties se couvrirent d'une croûte lisse qui se souleva, tomba, et laissa une cicatrice, lisse sans brides ni coutures de la peau.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Coupure avec du verre ; guérison rapide par l'eau créosotée.

Le sieur ***, charpentier, rue des Arcis, nº 33, au quatrième étage, se coupa la peau de deux doigts avec du verre, le 10 janvier 1834 ; je pansai également les deux plaies, qui étaient profondes, avec du coton imbibé d'eau créosotée, et la plaie fut cicatrisée en cinq jours sans avoir suppuré.

DIXIÈME OBSERAVTION.

Carie de dents ; douleur calmée par l'eau créosotée.

Le 10 janvier 1834, madame Lamy, rue de la Vieille-Monnaie, nº 5, avait de vives douleurs de dents, occasionnées par une carie ; j'y déposai une petite boulette de coton imbibée de créosote pure, et le lendemain elle me fit mander pour lui remettre une seconde boulette dans une autre dent cariée qui lui faisait le même mal, parce qu'elle avait été entièrement soulagée de la première application ; cette fois la douleur fut encore calmée. Je ne puis constater que ce fait, car il est impossible de savoir si la carie a été arrêtée ; le temps seul peut en faire juger.

ONZIÈME OBSERVATION.

Blessure au doigt avec soulèvement ; pansement avec l'eau créosotée ; guérison rapide.

Madame Nièvre, rue des Arcis, nº 60, se coupa toute l'épaisseur de la peau du dos du doigt annulaire de la main gauche, avec soulèvement d'un lambeau d'un demi pouce de long ; je réappliquai le lambeau, et pansai avec du coton imbibé d'eau créosotée le 11 janvier, et le 15 du même mois la plaie fut cicatrisée sans avoir perdu une seule goutte de suppuration.

—

DOUZIÈME OBSERVATION.

Ulcère dartreux rebelle du pli du coude chez un enfant; guérison en six jours par des lotions d'eau créosotée.

Un jeune enfant portait au pli du coude un ulcère dartreux de la largeur d'une pièce de cinq francs d'un rouge vif, rendant une suppuration liquide, jaune, ichoreuse. Depuis plusieurs mois on avait déjà employé plusieurs moyens inutilement.

Le 18 janvier 1834, je fis laver quatre fois par jour avec de l'eau créosotée, et le 24, l'ulcère était sec, couvert de pellicules furfuracées, sèches; l'enfant ne manifestait plus de douleur lorsqu'on le touchait, tandis qu'avant il voulait à peine permettre qu'on le regardât, parce que le moindre toucher lui occasionnait de vives douleurs. On continua le même traitement.

Résumé sur les douze malades qui font le sujet des observations précédentes.

Le premier et le troisième n'ont éprouvé aucune douleur de l'application de l'eau créosotée, et même de la créosote pure sur le premier; chez lui l'inflammation chronique des tissus cellulaires avait tellement endurci la peau et les tissus sous-jacens, qu'il paraissait inerte et tout-à-fait étranger à l'action du système nerveux.

Chez les dix autres, l'application de la créosote a déterminé une douleur plus ou moins vive, selon la susceptibilité plus ou moins exquise des individus.

Chez cinq, la créosote a agi comme moyen désinfectant, tenant ou détruisant la mauvaise odeur.

Chez sept, elle a, par sa présence, tari la suppuration.

Chez quatre, où il n'y avait pas de suppuration encore de formée, elle a cicatrisé les plaies sans permettre à celle-ci de se développer, comme il arrive quand les plaies sont abandonnées à elles-mêmes.

LANCETTE DU 4.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

CLINIQUE DE M. LOUIS.

Symptômes de colique hépatique; tumeur pyriforme dans le flanc droit; diagnostic obscur; purgatifs et émissions sanguines.

Au n° 19 de la salle St-Charles, est couchée une ouvrière âgée de quarante-huit ans, d'une santé habituellement bonne, régulièrement menstruée, qui accuse quatre jours de maladie et éprouve des malaises depuis environ deux mois. A cette époque, un de ses fils, qu'elle chérissait, fut pris subitement d'une manie aiguë, et transféré le jour même à Bicêtre. Cette femme en éprouva un vif chagrin, et au bout de quelques jours elle se trouva en proie à quelques accidens nerveux. Elle fut prise tout-à-coup de bourdonnemens et de surdité de l'oreille droite.

Ces symptômes persistèrent pendant quinze jours, et diminuèrent ensuite, selon le rapport de la malade, sous l'influence d'un vésicatoire qui fut appliqué au bras. Cependant elle éprouvait toujours un malaise général, de l'inappétence et de la soif. Elle continua à travailler.

Depuis quatre jours, de nouveaux accidens sont venus se joindre aux précédens; elle a été prise brusquement, et sans cause connue, au milieu de la nuit de douleurs extrêmement vives à l'épigastre et au côté droit du ventre, de nausées et de vomissemens. Ces symptômes ont persisté avec une très-grande intensité pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps les vomissemens avaient cessé; la douleur du côté droit de l'abdomen était moins vive, mais elle persistait encore.

Le jour de son entrée elle a offert l'état suivant: la face n'offre rien de remarquable, elle est un peu animée; mais elle ne présente pas la plus légère teinte ictérique; l'intelligence est intacte; il n'existe pas de céphalalgie; la langue est large, humide, et couverte d'un léger enduit blanchâtre; soif médiocre, inappétence, ventre bien conformé, douloureux dans sa moitié droite, à l'intérieur de laquelle le toucher fait reconnaître une tumeur conoïde, qui s'étend des fausses côtes à une petite distance de la crête de l'os des îles. Cette tumeur est mobile, et se rapproche de la ligne médiane dans le décubitus sur le côté gauche. Du reste le pouls est médiocrement accéléré (76 pulsations), la chaleur de la peau peu élevée; il existe de la constipation depuis l'invasion de la maladie. Pour combattre ce symptôme, M. Louis prescrit une once d'huile de ricin, qui donne lieu à huit ou dix évacuations liquides sans coliques.

Le lendemain les mêmes symptômes persistent.

Il y a dans la marche de cette maladie, qui remonte à deux mois, deux époques bien distinctes. La première est caractérisée par une surdité accompagnée de bourdonnemens d'oreille extrêmement incommodes, sans aucune douleur de cette partie ni de l'arrière-bouche. Il est donc tout-à-fait impossible de rapporter ces symptômes à une lésion du conduit auditif externe ou de la trompe d'Eustache. Joignez à l'absence de toute lésion appréciable, la considération de la cause, les violens chagrins auxquels cette femme avait été soumise, et il n'y aura plus de doute sur le caractère nerveux de cette surdité.

On trouve dans le traité de M. Itard, un cas tout-à-fait analogue; il est relatif à une jeune dame, qui, ayant vu tomber un de ses enfans au milieu des flammes, fut prise tout-à-coup d'un malaise indicible. Elle fut prise d'une grande agitation, éprouva des crampes d'estomac, et surtout une surdité accompagnée de bourdonnemens d'oreille extrêmement incommodes. Sous l'influence d'un traitement antispasmodique, les accidens se calmèrent rapidement.

Quant à la seconde époque de la maladie, son début a été marqué par les nausées, les vomissemens, les coliques et les douleurs de l'épigastre et du flanc droit. Faut-il placer le siége de cette affection dans le tube

digestif; mais la langue est naturelle, les vomissemens n'ont pas reparu depuis l'entrée de la malade à l'hôpital; l'épigastre est maintenant indolent, et la douleur reste bornée au côté droit de l'abdomen. Il n'y a jamais eu de diarrhée. Tout porte à croire que le canal intestinal est tout-à-fait exempt d'altération. Si la maladie avait son siége dans le parenchyme du foie, nous observerions une teinte ictérique de la peau, phénomène qui n'est pas constant, il est vrai, mais qui existe dans la grande majorité des cas. La tumeur pyriforme que le palper fait connaître dans le flanc droit est très-probablement formée par la vésicule biliaire, qui est distendue par une grande quantité de liquide. Cette accumulation de la bile dans son réservoir naturel dépend-elle d'une inflammation, et par suite d'une obsrtuction des conduits excréteurs de ce liquide? Cette maladie est rare. M. Andral en a rapporté quelques cas. M. Louis ne l'a jamais observée. Enfin existe-t-il des calculs biliaires qui, s'étant engagés dans les conduits excréteurs, ont donné lieu à de vives douleurs? Ces deux dernières hypothèses sont les plus probables. Du reste, la marche ultérieure de la maladie jettera probablement de nouvelles lumières sur sa nature et son siége précis. Le diagnostic de ces affections présente beaucoup d'obscurité. A ce sujet, M. Louis rapporte l'observation d'une malade qui éprouvait depuis deux ans du dérangement dans les fontions digestives, et qui fut prise tout-à-coup de douleurs vives de l'abdomen, de nausées, de vomissemens et d'une légère teinte ictérique de la peau. Toutes les substances ingérées dans l'estomac furent rejetées pendant plusieurs jours, et même plusieurs semaines. Le médecin qui donnait des soins à la malade, diagnostiqua un cancer du pylore. M. Louis fut appelé; il repoussa toute idée d'affection carcinomateuse de l'estomac, et soupçonna l'existence de calculs biliaires engagés dans les conduits excréteurs de la bile. En effet, peu de temps après, cette malade rendit trois calculs par les selles, et tout disparut comme par enchantement.

Chez cette malade, nous observerons soigneusement la marche de l'affection dont elle est atteinte; en attendant, nous nous bornerons à combattre les symptômes prédominans. La constipation, qui existait depuis plusieurs jours, a cédé à l'emploi d'un purgatif. On appliquera aujourd'hui des sangsues sur les points douloureux du ventre.

OBSERVATION D'ANUS ANORMAL APRÈS LA HERNIE ÉTRANGLÉE;

Chute d'une anse intestinale mortifiée de six pouces d'étendue; guérison favorisée par la compression.

PAR M. MORCEAU.

Membre de la société des Sciences physiques, chimiques de Paris; demeurant à Arcès, près Cozes (Charente-Inférieure).

J'ai été appelé chez M. le capitaine de navire Pairodeau de Talmont, le 10 décembre dernier, pour donner mes soins à son nègre, âgé de trente ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il était depuis long-temps porteur d'un bubonocèle du côté gauche, et l'action de se mettre à genoux à l'église, d'une manière brusque et précipitée, détermina la chute dans le scrotum d'un anse considérable d'intestin. La progression, dans le trajet de l'église à sa demeure, pénible, et douloureuse fût une des causes qui précipitèrent l'invasion des accidens inflammatoires. Ils avaient, à mon arrivée, déjà acquis quelqu'intensité, car des circonstances particulières avaient retardé ma première visite.

Les symptômes, attentivement explorés, manifestaient l'existence de l'étranglement: les hoquets, les vomissemens répétés de matières bilieuses; la tension extrême des tégumens qui recouvraient la tumeur, et qui ne permettait pas d'y pratiquer de pli; la douleur que la plus légère pression y déterminait, ainsi qu'une espèce de crépitation comme emphysémateuse; la tuméfaction de la paroi abdominale antérieure, tendue, peu compressible, peu élastique, les douleurs vives dont le siége variait depuis la région du pli de l'aine jusqu'à l'épigastre, tout ce groupe de faits révélait évidemment l'étranglement.

J'usai, d'abord, d'un traitement antiphlogistique large, basé et sur l'âge, et sur les forces du sujet, et sur l'organe inflammatoire, et de quelques tentatives de réduction qui échouèrent complétement. Le pouls devenait plus petit; la faiblesse menaçait de s'emparer du malade. L'opération me parut pressante. Je réclamai les avis et les lumières du docteur Marchais. Nous appelâmes un troisième confrère, M. Laurent de Cozes. Nous remîmes les soins de l'opération à M. Marchais, qui pénétra ardiment dans le sac herniaire. Les intestins furent trouvés bruns, nullement affaissés. Le pouls du malade très-petit, presqu'insaisissable avant l'opération, se releva peu après.

Nous avions déjà observé avec plaisir qu'il était doué du plus heureux caractère, et nous nous retirâmes avec de l'espérance. Je continuai de voir ce malade avec M. Marchais, et le troisième jour après l'opération, il accusa à ce dernier une vive douleur, déchirante, suivant son dire, dans la région de l'aine, et qui s'irradiait dans la direction de la ligne médiane et à l'épigastre. La langue était rouge à son pourtour; le ventre météorisé et douloureux à la plus légère pression. M. Marchais prescrivit des flanelles trempées dans une décoction émollente et une apposition de six sangsues. Il y eut quelqu'amendement, mais la douleur continuait. J'étais absent, mon confrère explora la plaie et découvrit, à son orfice, une portion du diamètre de l'intestin, bombée, faisant saillie, et d'un aspect évidemment gangréneux. Il fut alors aisé de pronostiquer l'établissement prochain d'un anus anormal. En effet, dès le lendemain des matières stercorales demi-liquides et des gaz s'écoulèrent par la plaie. Il s'en écoula une quantité même prodigieuse. Pendant quatre jours, aucune évacuation n'eut lieu par la partie inférieure du tube digestif. Nous donnâmes des lavemens; la colonne de liquide jaillissait presqu'entière par la plaie, mais cette exploration n'était pas une démonstration rigoureuse de l'existence de la continuité du canal in-

testinal, lorsque la sortie des matières et des gaz par l'anus naturel vint la mettre en lumières.

Ces circonstances heureuses nous mirent sur la voie de la conduite que nous avions à tenir. Un tampon de charpie enveloppé d'un linge fût placé à l'orifice de la plaie pour comprimer légèrement et favoriser le cours des matières dans leurs voies naturelles. De ce moment, il n'y eut pas le plus léger trouble des fonctions intestinales; absence de toute douleur, ventre souple et indolent, pouls bon.

Quelques jours après, la personne intelligente chargée du pansement aperçut, entraîné par les flots de matières à travers la plaie un boyau, suivant son expression. Elle le tira doucement, l'examina attentivement, elle en constata le caractère canaliforme en y introduisant un morceau de bois, et fut tellement convaincue que c'était une portion d'intestin qu'elle ne pensa pas de nous la conserver; elle la jeta avec les matières dans les lieux d'aisance. Elle avait, suivant cette personne, et la dame de la maison qui eut la curiosité de l'examiner avec elle, une étendue de six pouces au moins.

Il est hors de doute que cette portion d'intestin était la continuité de celle qui s'était présentée à l'ouverture de la plaie.

Les évacuations sont devenues de plus en plus rares par l'anus abdominal. Les soins assidus de M. Marchais, le sage régime qu'il a prescrit, la compression qu'il a toujours méthodiquement continuée, ont favorisé son occlusion complète.

Nous avons, les docteurs Laurent et Guillon (de Coses), Marchais et moi, visité, il y a quelques jours, ce malade, un mois et demi après l'opération. La plaie extérieure marche à son dernier terme de cicatrisation; l'ensemble des fonctions a lieu dans l'état normal, et la guérison est positive. Cette cure radicale d'un anus artificiel spontanément aidée seulement par un traitement simple, après une déperdition énorme de substance, n'est-elle pas merveilleuse? Son explication probable se trouve dans les lignes ci-dessous, d'un travail d'une des plus grandes illustrations chirurgicales des temps modernes, le professeur Delpech, travail sur l'anus artificiel communiqué à l'Académie des sciences, et inséré dans le Mémorial de la clinique de Montpellier tome 2, page 82, février 1830:

« L'irrégularité de la section des deux bouts de l'intestin, provenant de l'extension de la gangrène au-delà de la partie de l'ouverture herniaire, peut avoir fortuitement des résultats avantageux. Il peut se rencontrer une échancure étendue supérieurement dans les parois correspondantes, dans les deux bouts de l'intestin. Alors si l'union réciproque des parties en rapport de situation fixe tout dans les rapports actuels, et sans rien changer à ceux des brèches, la double cloison se trouve fortuitement ouverte, et la continuité de l'intestin en mesure de se rétablir spontanément: tel a dû être souvent l'état des choses, dans des cas où la guérison ayant eu lieu spontanément, on a cru qu'il n'y avait eu de perdu qu'une paroi de l'intestin. »

Quel que soit le mécanisme qui ait présidé au rétablissement du cours normal des matières dans le cas qui nous occupe, ce fait n'en est pas moins extraordinaire, et doit être mis au rang des faits de ce genre les plus rares relatés jusqu'à ce jour dans les Annales de la science. Ne peut-il pas être rapproché de celui rapporté par Bourgoin, de la guérison d'un homme chez lequel quatre travers de doigt d'intestin avaient été frappés de mort dans une hernie; et de cet autre de Pipelet, qui a vu guérir spontanément un anus artificiel formé par la chute après la gangrène d'une portion d'intestin de cinq pouces d'étendue. Ces faits sont cités par M. le professeur Dupuytren comme merveilleux, et comme de rares exceptions (1).

Nous devions livrer ce cas à la publicité, d'abord dans l'intérêt de la science comme fait très-remarquable, et ensuite pour déjouer l'esprit de malveillance et de basse jalousie de quelques hommes à *certaine influence*, qui n'ont pas craint de répandre dans le public: « Que d'un cas fort simple et fort ordinaire nous en avions fait un des plus graves, et que c'était à la perforation de l'intestin, par notre instrument, qu'était due la dégoûtante incommodité qui allait empoisonner l'existence entière d'un malheureux !!..... »

Est-il besoin ici, pour confondre l'ignorance et les perfides insinuations de ces gens sans pudeur, de citer encore l'imposante autorité de Delpech? « Il n'y a pas de praticien auquel il ne soit arrivé que, ayant jugé saine une anse d'intestin délivrée par l'opération, d'un étranglement de peu de durée, les matières stercorales se sont écoulées par l'anneau quelques jours après la réduction, et pendant assez de temps pour attester que l'ouverture devait avoir une assez grande étendue. » (*Opus. cit.*)

LANCETTE DU 6.

HOSPICE CANTONNAL DE LAUSANNE.

(Suisse.)

SERVICE DE M. MATHIAS MAYOR.

Fracture oblique de la cuisse, traitée par la suspension; transport du malade sur un fauteuil dès les premiers jours; guérison.

Sébastien Hausler, âgé de 23 ans, s'est cassé la cuisse le 14 de ce mois (janvier 1834), et a été immédiatement porté à l'Hospice cantonnal. Mon fils, en mon absence, accourut pour faire le nécessaire. La fracture était à la partie moyenne de l'os et oblique. Elle fut pansée suivant le mode adopté depuis plus de vingt ans dans cet établissement; c'est-à-dire que tout le membre fut d'abord placé et fixé sur une petite planche, brisée et articulée sous le genou, et que recouvrait un épais coussin. On fit ensuite la suspension de cet appareil, en plaçant la cuisse dans une flexion telle, qu'elle faisait deux angles d'environ 50 degrés avec le bassin et avec la jambe.

Au bout de quelques jours, dès que les symptômes primitifs ordinaires se furent dissipés, j'avisai au moyen

(1) Dict. de Méd. et de chirurg. prat Art. *Anus artificiel.*

de réaliser le projet, déjà mis à exécution pour une fracture de jambe en 1832, de faire sortir Hausler de son lit et de le transporter impunément loin de ce dernier. Je fis, dans ce but, adapter derrière un fauteuil un montant en fer, lequel, en se reportant en avant, en forme de col de cygne, m'offrirait un point d'appui commode pour continuer la suspension de l'appareil, lorsque le malade y serait placé.

C'est le 24 de ce mois, dix jours après son accident, que Hausler fut porté dans ce fauteuil; il y est resté pendant cinq heures; et, grâce à la corde qui le soutenait, le membre brisé s'y trouva exactement dans la même position qu'il avait au lit.

Ce transport du lit au fauteuil s'est fait sans occasionner la moindre douleur; tout comme le malade n'en a éprouvé aucune lorsque nous l'avons promené dans différens endroits de la salle, et lorsqu'il s'est livré lui-même aux divers mouvemens qui sont possibles sur une chaise.

M. le général Jomini, aide-de-camp de l'empereur de Russie, a désiré assister à ces petites opérations; et son coup d'œil pénétrant lui a bientôt révélé tous les avantages que ce procédé pouvait offrir, surtout aux nombreuses victimes de la guerre.

Les fractures compliquées sont, en effet, si fréquentes, si fâcheuses et si longues à guérir chez les militaires, qu'ils doivent être tout particulièrement intéressés à voir s'introduire dans les hôpitaux un moyen propre à les sortir de temps en temps de leur lit de douleurs, à rompre l'accablante monotonie de leur triste position, et à les faire jouir des douceurs attachées à des attitudes variées et aux exercices qui sont compatibles avec le mode nouveau que j'indique ici.

Ce n'était d'abord qu'à forme d'essai, et pour avoir le temps de refaire bien son lit, que j'avais fait porter Hausler hors de ce dernier; mais il se trouva si bien de de sa nouvelle position, qu'il me pria de l'y laisser. Il y resta, ainsi que je l'ai dit, pendant cinq heures, sans autre inconvénient qu'un peu de fatigue sur la fin.

M. le conseiller d'état Druey, président du conseil de santé, se trouvant alors à l'Hospice, suivit avec cet intérêt qu'il met à tout ce qui est utile, les petites manœuvres nécessaires pour le transport de Hausler du fauteuil au lit.

Elles consistèrent à porter d'abord le fauteuil de la fenêtre près de ce lit; à détacher ensuite la corde de suspension, pendant que je maintenais tendues les cordes en forme d'anses qui tenaient à la planchette; à enlever alors le malade, tandis que je continuais à maintenir le membre fracturé dans les deux demi-flexions qu'il affectait; enfin à placer ce dernier ainsi fléchi sous la corde de suspension du lit où il fut de nouveau fixé convenablement.

Ces diverses opérations furent terminées promptement et sans aucune douleur; elles n'exigent au surplus que du bon sens, des précautions simples et des notions bien faciles à acquérir.

Aussi, dès la seconde translation, j'ai pu, en toute sécurité, abandonner cette opération à l'intelligence de simples infirmiers. A cette seconde fois, Hausler est resté levé toute la journée sans aucun inconvénient.

C'est, au reste, par pure précaution, que j'ai attendu au dixième jour pour faire l'essai du fauteuil. Rien n'empêche, j'en suis convaincu, qu'en pareil cas on ne puisse y avoir recours dès les premiers jours de l'accident, et comme s'il n'était question que d'une simple entorse du pied.

Les hommes de l'art, mais en particulier tous les malheureux que des fractures graves du membre inférieur retiennent impitoyablement et pendant des mois sur un lit, sauront apprécier les avantages attachés à ce nouveau traitement. Ils sont d'autant plus précieux qu'ils peuvent se réaliser toujours dès les premiers jours, et dans toutes les fractures, quelle que soit leur complication. C'est que les fragmens d'un os brisé même en éclats et avec plaies, hémorrhagies, etc., ne peuvent plus changer de rapports entr'eux (ce qui est le point important dans le traitement des fractures) lorsque le membre auquel appartient cet os est placé convenablement sur la planchette.

En suivant les mouvemens de cet appareil en suspension, il n'en subit qu'un de totalité absolument inaperçu, et tout pareil à celui que nous éprouvons dans les mouvemens réguliers de notre planète, ou dans ceux d'un bateau qui obéit paisiblement au cours de l'eau ou des vents.

Ces pièces d'un os cassé, lorsqu'elles sont bien ajustées sur l'appareil en suspension, peuvent encore être assimilées à des objets fragiles placés sur un cabaret ou dans un panier, et qu'on ne craint point de transporter d'un lieu dans un autre, en s'y prenant avec quelque prudence.

Les bouts d'un os fracturé resteront donc aussi toujours en contact immédiat sur cette planche, malgré tous les changemens de position qu'éprouvera l'appareil, et leur consolidation pourra s'opérer sans obstacle malgré ces changemens divers.

Il serait temps que les chirurgiens de plus d'un pays voulussent bien enfin sortir de leur pratique routinière, et adopter pour les fractures un mode de traitement qui réunit au plus haut degré toutes les exigences pratiques.

Cette note et les réflexions qu'elle fera naître contribueront, j'espère, à hâter ce moment. Je dois dire cependant, en faveur des chirurgiens de ce canton, qu'ils ont presque tous adopté la planchette, et que l'exemple donné à l'Hospice les a entraînés. Je dirai même que M. Mercier, de Morges, s'est empressé d'appliquer déjà, ces jours derniers, le fauteuil à suspension, d'après les renseignemens que j'ai eu occasion de donner à cet habile confrère.

Je ne fais au surplus que d'indiquer ici un principe dont l'application sera facile dans beaucoup de circonstances; en voiture, par exemple, pour un transport, un voyage, des promenades même. On voudra sans doute aussi adapter souvent des roulettes au fauteuil, et parfois ces autres moyens connus de faire cheminer celui-ci par quelques efforts légers de la part du malade lui-même. On pourra également ajouter un pupître, une petite table, etc., à ces objets, et procurer ainsi aux malheureux la facilité d'échapper à l'ennui, en se livrant à quelques récréations et en soignant même une partie de leurs affaires.

Il est assez inutile de faire remarquer enfin que le col de cygne en fer pourra aisément être remplacé par un montant en bois, avec un prolongement en forme de potence, et soutenu par ce que les ouvriers appellent une consôle.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. CHOMEL, professeur.

Hystérie; accès intenses et rapprochés; emphysème pulmonaire, suite des efforts violens qui ont eu lieu pendant les accès; bains et antispasmodiques. Cas analogue. Influence de l'imitation.

Au n° 1 de la salle Saint-Lazare, est couchée une jeune fille âgée de 17 ans, qui éprouve, depuis environ un mois, de violentes attaques d'hystérie. Douée d'une assez forte constitution, elle jouissait habituellement d'une bonne santé, et était régulièrement menstruée, lorsqu'il y a un mois elle se trouva exposée aux brutalités d'un homme. Elle fut violée. La perturbation morale, jointe aux souffrances physiques qu'elle éprouva, devinrent pour elle la source d'accidens nerveux extrêmement graves. Les parties génitales se tuméfièrent, il survint une rétention d'urine qui nécessita l'emploi du cathéter, auquel on est encore obligé de recourir aujourd'hui.

Elle est depuis deux ou trois jours à l'hôpital, et, depuis son arrivée, les accès n'ont diminué ni sous le rapport de leur fréquence, ni sous le rapport de leur intensité. La malade pousse des cris aigus, pleure et rit sans motif; puis les membres se raidissent, les mâchoires se serrent, la respiration devient extrêmement gênée, le ventre se ballonne, et la malade a le sentiment d'une boule qui part de l'hypogastre et vient se fixer à la gorge. Elle fait de vains efforts pour arracher l'obstacle qui semble s'opposer au passage de l'air. Ces accès se renouvellent plusieurs fois par jour. Dans l'intervalle elle est triste et morose. Une idée fixe semble l'occuper, son déshonneur et la perte de son avenir. Une simple question sur la cause des accidens qu'elle éprouve, suffit pour donner lieu à de nouvelles attaques.

Le 29 janvier, un nouvel accident est venu s'ajouter aux précédens. Dans l'intervalle des accès, la malade a présenté de la fièvre, de la dyspnée, et de la toux. Les organes thorachiques ont été explorés avec soin; et on a constaté une plus grande sonoréité du côté droit de la poitrine. En même temps que ce côté du thorax rendait un son beaucoup plus clair, le bruit respiratoire y était très-faible, et on entendait un léger râle sibilant pendant l'expiration. Le ballonnement du ventre pouvait être considéré comme une des causes de la dyspnée.

Mais le lendemain il n'existait plus aucune trace de tympanite, et la gêne de la respiration était tout aussi prononcée. L'auscultation et la percussion du thorax fournissaient les mêmes signes. Il n'y eût dès-lors plus de doute sur l'existence d'un emphysème pulmonaire du côté droit : il est extrêmement probable que cette lésion est survenue à la suite des efforts violens et des mouvemens désordonnés auxquels la malade s'est livrée pendant les accès. Interrogée avec soin sur ce sujet, elle nous a affirmé que jamais elle n'avait eu *l'haleine courte,* et qu'elle n'était pas sujette à tousser.

Le pronostic de cette lésion du poumon est assez grave. Si les accès ne diminuent pas d'intensité, il est à craindre qu'à la suite d'efforts analogues à ceux qui l'ont provoqué, l'emphysème ne fasse des progrès, et qu'il n'envahisse le tissu cellulaire du cou et des membres. Jusqu'à présent elle a été soumise à l'usage des bains et des boissons antispasmodiques.

Dans la matinée du 30 janvier, une fille de 15 ans, couchée dans le voisinage de cette malade, a été prise d'accidens analogues. Cette jeune fille avait été admise pour une affection typhoïde légère, et elle n'avait jamais éprouvé aucun accident hystérique. Deux ou trois accès ont lieu dans la matinée. Au moment de la visite, nous l'avons vue atteinte de mouvemens convulsifs très-violens, de grincemens de dents avec perte de connaissance. La face ne présentait rien de cet aspect hideux qu'offrent les épileptiques. Il est démontré pour nous que les désordres nerveux observés chez cette dernière malade, ont été causés par la présence de l'autre malade dans la salle.

Cette influence de l'imitation dans les maladies nerveuses, a été signalée par un grand nombre d'auteurs. Tout le monde connaît le fait observé par Boerhaave à l'hôpital de Leyde, et le moyen qu'il employa pour faire cesser l'espèce de contagion qui régnait dans cet établissement. Il fit porter au milieu de la salle un réchaud, dans lequel il fit rougir un fer qu'il menaça d'appliquer sur la première malade qui offrirait des accès d'hystérie.

Ce moyen lui réussit; mais c'était chez de jeunes filles que Boerhaave observa les accidens nerveux qui se communiquaient d'une malade à une autre. Ce moyen serait sans effet chez des malades parvenus à un âge plus avancé.

Lors même que des phénomènes hystériques se présenteraient chez plusieurs autres malades de la salle, nous ne pourrions pas recourir à l'emploi de ce moyen. Toutefois nous avons cherché à isoler le plus possible cette malade, qui a été reléguée dans un coin de la salle.

Inflammation de l'utérus et des ovaires, péritonite aiguë; mort.

La malade dont nous avons rapporté l'observation dans le numéro du 30 janvier, a été prise de tous les accidens d'une péritonite aiguë, qui ont duré trois jours, et ont été suivis d'une terminaison fatale. Le ventre est devenu extrêmement douloureux, des nausées et des vomissemens ont eu lieu; le pouls petit et insensible, s'est élevé jusqu'à 160 pulsations. Des frictions mercurielles ont été pratiquées sur le ventre, des vésicatoires ont été appliqués aux cuisses; mais tous les secours ont été inutiles. Le fâcheux pronostic porté par M. Chomel,

quelques jours auparavant, s'est malheureusement réalisé.

A l'autopsie, on a trouvé un épanchement séro-purulent dans la cavité du péritoine. L'utérus, les ovaires et le cœcum avaient contracté d'anciennes adhérences. Les parois de la matrice étaient considérablement hypertrophiées, son tissu était grisâtre. Les deux ovaires étaient en suppuration. Un épanchement purulent existait dans la fosse iliaque gauche, l'os de ce nom était dénudé, et les muscles psoas et iliaque soulevés par le pus. La muqueuse gastrique présentait en outre un ramollissement gélatiniforme.

HOTEL-DIEU.

Clinique de MM. Bally et Piorry (1).

Ictère; teinte verdâtre des crachats; saignées, purgatifs, boissons à hautes doses; guérison.

Une femme âgée de 50 ans, malade depuis plusieurs jours, entra à l'hôpital dans le service de M. Bally: une teinte ictérique foncée existait sur le corps et les conjonctives, les crachats étaient verts, le toucher de la peau huileux. Le foie, mesuré par la percusion médiate, était énorme, on le limita avec des lignes noires. On crut reconnaître au-dessous la vésicule du fiel formant une saillie remarquable. En même temps, on trouva, par la percussion, un léger épanchement abdominal; et l'auscultation découvrit quelques râles dans le thorax. La fièvre était vive, le pouls à 120; le péril paraissait imminent.

Sous l'influence d'une saignée répétée pour remédier à l'hypertrophie du foie, du sulfate de soude pour exciter les contractions du tube digestif et des vaisseaux biliaires, et de boissons à haute dose pour combattre l'ictère, l'état de cette malade devint promptement satisfaisant; le foie diminua de volume, et est maintenant dans l'état normal; l'épanchement diminua également, l'ictère pâlit, et une bronchorrhée assez abondante est le seul symptôme de maladie que présente cette femme.

A ce sujet, M. Piorry entre dans de très-grands détails sur l'ictère, et rappelant qu'Arétée avait très bien vu que la jaunisse est le plus souvent causée par des obstacles mécaniques; citant des faits puisés dans Morgagni, Stoll, Andral, Cruveilhier, et y ajoutant de nombreuses observations qu'il a recueillies, il arrive à cette conclusion: que le plus souvent l'ictère est le résultat d'une cause mécanique et capable d'entraver le cours de la bile; que si des causes morales peuvent le produire, ce n'est qu'en déterminant d'abord quelqu'état anatomique qui gêne le cours du fluide sécrété par le foie.

Suivant M. Piorry, les obstacles au cours de la bile peuvent exister, 1° dans le foie; 2° dans les gros troncs du conduit hépatique; 3° dans le conduit cholédoque; 4° dans les intestins, car ceux-ci peuvent être considérés comme une extension des conduits biliaires, et la constipation qui persiste est une cause d'ictère, puisqu'elle détermine la stagnation de la bile dans des conduits qui l'absorbent.

La bile dans l'ictère, ou du moins son principe colorant est contenue dans le sang. Il est bien vrai que M. Deyeux ne l'y a pas trouvée dans un cas, mais M. Orfila l'y a rencontrée, et, d'ailleurs, la simple inspection démontre ce fait jusqu'à l'évidence. D'abord, comme chez la malade précédente, la sérosité du sang est jaune; ensuite celle des vésicatoires, la sueur, l'urine sont colorées de la même teinte. Dans plusieurs cas, sur des cadavres d'ictériques, M. Piorry a trouvé la spumosité bronchique colorée en jaune, et les crachats, chez la malade de l'Hôtel-Dieu, étaient verts; les tissus blancs, tels que les sclérotiques, jaunissent, la peau est dans le même cas, et, par opposition, les fèces sont décolorées.

Ainsi d'une part: stagnation de la bile dans un réservoir; de l'autre: disparition de ce fluide dans la suite, du conduit d'excrétion, et enfin présence de la matière jaune dans les fluides et les solides; en voilà bien assez, selon lui, pour prouver que c'est en effet la bile qui se trouve ainsi répandue dans tout l'organisme. Dire que l'ictère peut être comparée à l'ecchymose, est se servir d'une analogie trompeuse qui ne repose que sur un des élémens de la question; supposer que la bile soit formée avant d'arriver au foie, c'est faire une hypothèse qui n'est point en rapport avec ce qui se voit dans la très-grande majorité des cas.

D'après ces idées, M. Piorry ne voit pas dans l'ictère une hépatite. Il reconnaît plusieurs indications en rapport avec ce symptôme:

1° Rechercher la nature et le siége de l'obstacle qui cause l'ictère; et ici il recommande les saignées s'il s'agit de l'hypertrophie aiguë du foie; les purgatifs s'il s'agit de la constipation, et les sangsues si le duodénum est enflammé, comme dans les cas cités par M. C. Broussais.

2° Etendre la bile d'eau pour faciliter son écoulement et la sortie des calculs s'il en existe.

3° Donner aussi des boissons à haute dose pour remédier à l'ictère existant.

Il ajoute à ces boissons des purgatifs salins ou des diurétiques.

Un autre cas d'ictère, salle Saint-Landry, entré depuis peu de jours, a cédé non moins promptement que celui-ci, à une médication fondée sur les indications précédentes.

(1) M. Piorry nous a adressé une réclamation relativement à notre premier article, où nous disons qu'il préfère, en général, les sangsues aux saignées; c'est le contraire qu'il aut lire. Ce praticien croit, d'après beaucoup de faits et de recherches, que les évacuations sanguines générales sont le plus souvent d'une efficacité plus marquée, et plus calculables dans leur emploi que les saignes locales.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

CLINIQUE DE M. LOUIS.

Affection rhumatismale du muscle occipito-frontal; saignée; guérison.

Au n° 31 de la salle Saint-Charles, est couchée une fille âgée de vingt-trois ans, qui, après avoir couché plusieurs jours dans un lit placé en face d'une porte qui restait ouverte pendant la nuit, fut prise d'une douleur qui occupait tout le côté droit de la tête, qui avait été principalement exposé au courant d'air. Cette douleur était continue, vive et lancinante.

Deux jours après elle diminua à droite, et envahit le côté gauche. Le plus léger froncement de sourcil était extrêmement douloureux. Il survint de la fièvre, de l'inappétence.

A son entrée à l'hôpital, on pratiqua une saignée du bras, et la douleur diminua notablement.

Cette affection est évidemment de nature rhumatismale. Cette douleur, vive, superficielle, augmentant par la pression, sans être accompagnée d'aucun trouble des fonctions cérébrales; enfin la considération de la cause, ne laissent aucun doute sur le caractère de la maladie.

Cette jeune malade, dont la santé paraît altérée, éprouve depuis quelque temps des sueurs nocturnes; elle a dépéri progressivement, ce qui fait soupçonner chez elle l'existence d'une affection tuberculeuse du poumon.

Cas de puberté prématurée, communiqué dans une lettre au docteur Décoès; par J. Lebeau, *docteur-médecin de la Nouvelle-Orléans.*

Je prends la liberté de vous informer d'un cas extraordinaire de puberté que j'ai observé dans cette ville.

Mathilde H... est née de parens blancs peu fortunés, le 31 septembre 1827; elle est venue au monde avec des seins parfaitement développés, le mont de Vénus couvert de poils comme une fille de treize à quatorze ans. A l'âge de trois ans ses règles parurent, et ont continué régulièrement tous les mois jusqu'au moment où j'écris; elle les a aussi abondantes qu'une femme faite; chaque période dure trois jours. Elle a maintenant quatre ans et cinq mois, sa taille est de quarante-deux pouces et demi, mesure de France; ses traits sont réguliers, son teint rose, ses cheveux châtains, ses yeux gris bleus, elle est ce qu'on peut appeler *belle;* elle est fortement constituée, ses seins ont maintenant la grosseur d'une grosse orange; les dimensions du bassin sont telles, selon moi, qu'elle pourrait, à l'âge de huit ans et probablement plus tôt, avoir des enfans; elle jouit constamment d'une bonne santé.

Nouvelle-Orléans, 31 mai 1832.

(*Bull. de Bord.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

SERVICE DE M. RAYER.

Colique de plomb; emploi de l'huile de croton-tiglium, de lavemens purgatifs et de potions opiacées; guérison.

Humbert Sébastien, âgé de 30 ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament nervoso-sanguin, habituellement bien portant, alla travailler, pour la première fois, le 23 août 1833, à une fabrique de blanc de céruse établie au Peck, près Saint-Germain-en-Laye. Au bout d'un mois de travail, il ressentit les premiers symptômes de la colique de plomb; elle le força bientôt de se rendre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel.

Quoique très-forte, la colique disparut complètement dans l'espace de douze jours, au moyen d'un traitement composé d'huile de croton-tiglium, de lavemens purgatifs et de potions opiacées.

A sa sortie de l'hôpital, Humbert ne retourna pas d'abord à son ancien travail; mais, le 5 janvier 1834, ne pouvant plus trouver d'occupations capables de subvenir à son existence, il fut obligé de se rendre de nouveau à la fabrique de blanc de céruse du Peck; il était alors bien portant, et avait joui d'une bonne santé depuis la guérison de sa première affection saturnine.

Dès le 17 janvier, ce malheureux fut atteint des premiers symptômes de la colique, et il rentra le 20 du même mois à la Charité, salle Saint-Michel, n° 7.

Voici son état le 21.

Le malade n'a pas été à la selle depuis cinq jours; les parois abdominales ne sont point rétractées, elles conservent leur forme normale. Les douleurs de colique siégent dans tout le ventre, mais principalement vers la région ombilicale, où elles sont tortillantes; elles sont augmentées lorsqu'on appuie vivement la main sur les parois abdominales; mais si on l'applique vivement, même en pressant assez fortement, bien loin d'augmenter les douleurs, on les diminue; aussi Humbert se serre-t-il le ventre au moyen de son mouchoir plié en forme de corde.

Les douleurs reviennent par accès; alors elles sont fortes et s'irradient tout le long du cordon des vaisseaux spermatiques jusque dans le testicule, qui paraît retracté. Dans l'intervalle des accès, les coliques sont légères, et le plus souvent nulles. Le malade a vomi deux fois; la matière du vomissement est verdâtre et d'un goût fort amer. La langue est blanchâtre et nette; la digestion est totalement dérangée; une saveur métallique et un sentiment d'âcreté se font sentir dans la gorge. La respiration est en bon état. Les urines et leur émission n'offrent aucun caractère particulier. Une céphalalgie très-vive, qui a surtout son siége aux régions frontale et pariétale survient immédiatement après chaque accès de colique, et pendant la durée de ces accès une sueur extrêmement abondante recouvre tout le corps.

Les membres supérieurs et inférieurs ne sont point affectés de douleurs.

Le malade s'assoupit un peu immédiatement après

de violens accès de colique, mais bientôt il est réveillé par de nouveaux accès.

Le 22, M. Rayer prescrit deux gouttes d'huile de croton-tiglium, un lavement purgatif des peintres et une potion où il entre 1 gr. d'extrait gommeux d'opium. L'huile de croton-tiglium est prise à onze heures du matin, à trois heures un quart une garde-robe accompagnée d'épreintes douloureuses survient ; les autres garde-robes, au nombre de sept jusqu'au lendemain matin, ont lieu avec la plus grande facilité. Avant la première garde-robe, il y a eu deux vomissemens peu abondans.

Le 23, les douleurs de colique ont cessé presque complètement ; le pouls est remonté à 60 pulsations par minute, et le malade a dormi trois ou quatre heures. Dans la matinée, il se plaint d'un peu de faiblesse dans les membres. Orge miellée, lavemens de lin et cataplasmes émolliens sur le ventre.

Le 24, Humbert paraît entièrement guéri ; il demande des alimens. Les jours suivans la guérison se soutient parfaitement bien, et il sort le 27 janvier.

LANCETTE DU 11.

HOPITAL SAINT-ELOI DE MONTPELLIER.

CLINIQUE DE M. LE PROF. LALLEMAND.

(Rédigée par M. Emile Verdier, et revue par M. Lallemand)

Des ulcères.

On a appelé du nom d'ulcère toutes les plaies anciennes qui, au lieu de tendre à la cicatrisation, se perpétuent et s'agrandissent d'une manière plus ou moins active. Comme toutes les plaies affectant une marche destructive ne dépendent pas d'une même cause et ne présentent pas le même aspect, on les a divisées en ulcère vénérien, ulcère variqueux, ulcère atonique, etc. Pour moi, je désignerai seulement par le nom d'ulcère, les destructions de tissu qui s'effectuent sous l'influence d'un virus quelconque.

Ulcères vénériens.

Les ulcères vénériens ont un aspect qui leur est propre et qu'il n'est pas facile de peindre par une description ; le cachet particulier dont ils sont revêtus, n'échappe pas aux yeux accoutumés à les observer ; vous en avez un exemple des mieux caractérisés sur la jambe du nº 28, Saint-Eloi. Lorsque le malade se présenta dans notre service, il avait la partie moyenne antérieure de la jambe gauche enflée, dure, criblée d'une foule d'ulcérations saignantes, creusées en godet, irrégulièrement arrondies et dont les bords dentelés étaient taillés à pic et décollés. Les portions de peau comprises entre ces ulcérations, étaient d'un blanc rougeâtre et très-dures.

Avant son entrée dans notre hospice, ce malade avait pris beaucoup de préparations mercurielles, et cependant l'état de sa jambe ne s'était pas amélioré. Je fis appliquer des cataplasmes sur la plaie, je donnai à l'intérieur le muriate d'or, mais l'amélioration qui se manifesta ne fut pas considérable ; lorsqu'il eut pris 14 grains de ce médicament, je le mis à l'usage des pillules de Sédillot ; il en a déjà pris un certain nombre suivi des plus heureux effets ; aujourd'hui il n'éprouve plus de douleur, les tissus ont recouvré leur souplesse, les ulcérations se sont tapissées de bourgeons charnus, leurs bords se sont affaissés, assouplis, la plaie a diminué d'étendue et a marché rapidement vers la guérison ; mais le tibia qui était gonflé présente toujours la même convexité en avant.

Lorsque l'on a employé une dose copieuse de préparations mercurielles, comme deux ou trois cents pillules de Sédillot, et que les symptômes vénériens extérieurs cessent de s'amender, il faut renoncer à ce genre d'agens antisyphilitiques, parce qu'alors l'économie en est saturée ; si on n'agit pas ainsi, on voit tous les symptômes de la vérole se manifester avec une énergie nouvelle ; et si, par malheur, on augmente la dose du médicament, prenant pour une recrudescence de la maladie cette exacerbation qui n'est l'effet que d'une même médication poussée trop loin, on arrive à des résultats on ne peut plus fâcheux.

Ainsi donc, quand après un usage prolongé des mercuriaux, les symptômes que vous avez à combattre restent stationnaires, rejettez toute préparation à base mercurielle, profitez du moment pour recourir aux préparations d'or, et vous verrez bientôt sous l'influence de ces dernières, naître un amélioration surprenante qui sera pour vos malades un sujet d'encouragement. Si, après avoir employé pendant un certain temps les préparations d'or il arrive aussi que le mal cesse de diminuer, il faut revenir aux préparations mercurielles, qu'on peut administrer *larga manu*, sans craindre leur fâcheuse influence sur les glandes salivaires ; car alors la salivation ne se manifeste pas.

Lorsqu'enfin les mercuriaux et les préparation d'or n'ont aucune action sur le mal, il faut recourir aux sudorifiques. En un mot, il convient de changer de médicamens toutes les fois que l'économie ne tolère pas un usage prolongé des mêmes moyens. C'est sous l'influence d'un traitement ainsi varié que vous venez de voir chez le nº 9, St-Eloi, des exostoses au crâne disparaître ; des exostoses aux tibias diminuer, et le testicule gauche, qui était très-volumineux, bosselé, et d'une densité exagérée, revenir à l'état normal (Chez ce malade les préparations mercurielles ont eu l'avantage sur le muriate d'or ; elles ont produit une amélioration plus évidente.)

Il n'est pas indifférent, selon les tempéramens, d'employer l'or ou le mercure. L'or convient mieux aux lymphatiques, non-seulement il guérit de la syphilis, mais encore il excite leur économie, il tonifie leurs fibres, qui sont ordinairement lâches, faibles ; les préparations mercurielles, débilitant l'économie, ne leur conviennent pas, ils les supportent mal ; mais par contre, ces dernières doivent être préférées quand il s'agit de traiter des sujets à fibre sèche et nerveuse.

Nous avions il y a peu de temps dans la salle des

blessés militaires, une douzaine de sujets vénériens, portant au pli de l'aine des plaies assez étendues, résultat de bubons rongeans ; ces plaies, dont il vous reste encore quelques exemples, se cicatrisent à leur centre, mais leur circonférence est formée par une bordure d'ulcérations creusées en godets, dont le fond est tapissé par une suppuration de mauvais aspect, et dont les bords, dentelés, durs et taillés à pic, sont décollés.

Malgré les traitemens internes, que d'ailleurs j'ai suspendus chez quelques-uns, elles ont resté stationnaires ; les antiphlogistiques, les stimulans, les caustiques, ont été employés successivement, et à l'occasion de ces variations dans le mode de traitementextérieur, j'ai toujours observé des améliorations momentanées mais qui suspendaient bientôt les progrès qu'elles paraissaient vouloir faire vers la guérison.

Ces malades se trouvant dans le service au moment où je venais de faire disparaître chez des scorbutiques des ecchymoses, des pétéchies, au moyen d'un petit nombre de bains aromatiques, il me vint dans l'idée d'appliquer au traitement des ulcérationsdont je viens de parler, ce moyen d'excitation, qui stimule l'économie d'une manière générale, et qui agit topiquement sur les plaies: les résultats que j'ai obtenus ont été des plus satisfaisans; ces ulcérations ont pris un meilleur aspect, beaucoup se sont cicatrisées; les autres sont en voie de guérison. L'un des malades, atteint d'un chancre au prépuce, qui avait résisté à tous les moyens internes imaginables, aux nitrates et au feu, commence à guérir sous l'influence des bains aromatisés.

Je ne saurais trop vous recommander, dans ces cas et dans bien d'autres, l'usage de ces bains qui stimulent l'économie sans exercer aucune influence fâcheuse sur l'appareil digestif.

Plaies variqueuses.

On désigne sous le nom d'ulcères variqueux, des plaies saignantes, violacées à leurs fonds et à leur pourtour, qui sont accompagnées de cordons veineux, mobiles et roulans, d'un développement exagéré, d'une couleur bleuâtre ou violacée, serpentant sous la peau, et présentant de distance en distance des nodosités, des renflemens; exemples : les numéros 18 et 36, Saint-Eloi.

Les travaux des femmes exigeant moins la station debout que ceux des hommes, il en résulte que ces derniers sont plus exposés aux varices des membres inférieurs.

Les hommes qui en sont plus souvent attaqués ne sont pas ceux qui marchent le plus, ce sont, au contraire, ceux qui se tiennent long-temps dans la station droite sans faire d'exercice musculaire propre à favoriser la circulation.

Ainsi, les cordiers qui, debout toute la journée, ayant un gros paquet de chanvre qui leur comprime l'abdomen, se balancent alternativement sur leurs membres inférieurs, sont assez communément atteints de varices dans ces dernières parties.

Les laquais qui, portant la culotte courte, la jarretière serrée au point de gêner le circulation, restent toute la journée debout dans les salons ou derrière les voitures, sont très-sujets à ce genre d'affection.

Beaucoup de frotteurs, des piqueurs, des valets de pied, des maçons, des charrons, des courtisans ont aussi des varices aux jambes.

Les membres abdominaux sont plus souvent variqueux que les thoraciques, et cependant leurs veines sont munies d'un plus grand nombre de valvules; cette différence ne tient qu'à la plus grande hauteur de la colonne sanguine, à la pression de laquelle les parois des veines des membres inférieurs sont obligés de résister. Cette pression, que les professions précitées rendent à peu près continue, ne se bornes pas à dilater mécaniquement les parois de ce genre de vaisseaux; mais elle agit encore sur eux comme excitant, de manière à augmenter l'action de ces mêmes parois d'où résulte l'augmentation de leur épaisseur; en effet, dans les varices il n'y a pas seulement dilatation, mais il y a encore épaississement de la paroi veineuse.

Dans le traitement de toute maladie, la première indication est bien d'en éloigner la cause, mais dans le cas de l'affection qui nous occupe, il faudrait du repos, le décubitus; il est le plus souvent impossible de priver du produit de leur travail les hommes atteints de ce genre de maladie, il faut donc user d'un moyen qui puisse amener la guérison, alors même que les malades vivent sous l'influence de la cause de eur mal.

Les bandelettes agglutinatives remplissent parfaitement cette indication lorsque les varices sont accompagnées de plaies. Leur application exigeant certaines précautions, nous allons les signaler.

Avant d'en venir à l'application des bandelettes, il faut toujours abattre les symptômes inflammatoires qui ont lieu dans la plaie ou à son pourtour au moyen des cataplasmes émolliens; ces derniers ont aussi pour effet d'assoupir les tissus qu'une irritation chronique a rendus durs, et, en quelque sorte, lardacés.

Il faut que les bandelettes aient de dix lignes à un pouce de largeur.

Elles doivent avoir une longueur telle qu'elles puissent faire une fois et demie le tour de la partie qu'elles recouvrent, afin que la compression soit circulaire et solide.

On doit faire en sorte, à mesure qu'on les applique, que la deuxième s'imbrique sur la première, par la moitié de sa largeur, que la troisième soit disposée de la même manière relativement à la deuxième et ainsi de suite, afin que la compression soit continue, uniforme, et qu'il n'existe aucun intervalle entre elles, par où les parties molles puissent faire hernie.

Cette enveloppe emplastique qui dessine exactement les formes de la partie, s'oppose à la vaporisation du produit perspiratoire de la peau; mais elle ne s'oppose pas à l'accomplissement de cette fonction, d'où il résulte qu'une certaine quantité du fluide perspiratoire cutané, s'accumulant entre les bandelettes et la partie enveloppée, tient cette dernière dans une

atmosphère humide qui exerce une action émollient, tandis que l'action compressive, uniforme et continue de la bandelette, devient tonique, favorise le dégorgement des vaisseaux envahis par les fluides.

Il faut laisser les bandelettes ainsi appliquées jusqu'à ce que le pus passant entre elles se fasse jour au-dehors; quand les choses en sont arrivées à ce point, les malades commencent à éprouver des picottemens dans la *plaie*, alors si on enlève l'appareil, au lieu de trouver celle-ci saignante et livide, on découvre une surface rosée, vermeille, dont les bords s'étant affaissés, et ayant suivi une marche centripète, ont de beaucoup diminué la surface de la partie malade; voyez les numéros 18 et 37, Saint-Eloi. Le premier, dans l'espace de sept à huit jours, a été guéri complètement d'un ulcère variqueux qu'il portait à la jambe gauche; le second, dans l'espace de onze jours, a vu, sous l'influence des moyens que je viens de vous indiquer, se cicatriser complètement un ulcère variqueux qui, depuis neuf ans, siégeait sur sa jambe gauche; en ce moment, il est à la veille d'être débarrassé d'une affection du même genre qui se manifesta à la partie antérieure de l'autre jambe, en Russie, où il a resté quelque temps prisonnier, à la suite de la dernière campagne.

Ces pansemens avec les bandelettes, qu'on doit renouveler tous les cinq ou six jours, ne peuvent convenir aux individus dont la peau est douée d'une grande sensibilité; la transpiration cutanée, qui forme une atmosphère humide autour des parties recouvertes par les bandelettes, ramollit l'épiderme, le délaye et rapproche l'état de la peau de celui des membranes muqueuses; les papilles nerveuses n'étant plus aussi bien protégées, et étant en contact avec la matière emplastique qui jouit de propriétés irritantes, il en résulte des sensations que les malades tolèrent difficilement; exemple : le numéro 36, Saint-Eloi.

Quand les choses sont telles, il faut recourir à une compression méthodique pure et simple, ou bien user d'autres précautions dont il sera question plus tard. Quand on est parvenu à obtenir la cicatrisation de ces plaies, il faut conseiller aux malades de porter en été des guêtres de toile lacées, et en hiver de guêtres de peau de chien. La compression qu'exercent ces enveloppes, soutient les parties variqueuses, s'oppose à l'aggravation du mal, si toutefois elle ne procure la guérison; surtout, elle protége les vastes cicatrices résultant de ces plaies qui, n'étant pas élastiques ni aussi résistantes que le restant de l'enveloppe cutanée du membre, ne manqueraient pas de se déchirer par l'effet de la pression de la colonne sanguine qu'elles ont à supporter.

On a voulu enlever les veines variqueuses; c'est beaucoup entreprendre, parce que ces veines sont quelquefois longues, tortueuses, nombreuses; d'un autre côté, rien n'est plus dangereux que l'inflammation de ce genre de vaisseaux. Cependant lorsqu'elle n'a lieu que dans des veines éloignées des cavités splanchniques, vers les premières brisures des membres, dans des vaisseaux dont le calibre peut être oblitéré par le gonflement inflammatoire, de manière à ce qu'un caillot se formant, le charois du pus ne soit pas possible, il n'y a pas de danger; mais lorsque la phlébite siége sur une grosse veine, qui ne peut pas s'oblitérer par l'effet du gonflement de ses parois, le cas est toujours des plus graves; il devient mortel, parce que la formation d'un caillot ne pouvant avoir lieu, le pus est répandu dans le torrent de la circulation.

On a conseillé aussi de faire reposer la veine sur un morceau d'amadou quand on l'a liée : c'est anti-rationnel; car personne ne met en doute que les chances d'inflammation ne soient d'autant plus grandes que les corps étrangers en contact avec les tissus vivans, sont plus nombreux.

On parle toujours de l'extirpation des veines du cordon, dans les cas de varicocèle; faites bien attention que celles-ci sont près de la cavité abdominale, et par conséquent d'une inflammation dangereuse. Je n'ai vu que des mauvais résultats à la suite de cette opération; je me suis bien promis de n'y jamais toucher moi-même.

Plaies des vieillards, ulcères atoniques.

Chez les gens âgés, il se forme des plaies sur les jambes, qui ont une très-grande disposition à s'agrandir : les bords de ces plaies s'endurcissent, deviennent calleux, se taillent à pic, acquièrent de jour en jour une épaisseur plus grande, ce qui fait penser aux observateurs superficiels que la plaie se creuse; on dirait qu'une grande perte de substance a eu lieu, mais il n'en est pourtant pas ainsi. Ces plaies fournissent beaucoup de suppuration séreuse, ichoreuse, et la cause qui les entretient est purement locale.

La dénomination d'ulcères atoniques convient d'autant moins à ces plaies que les émolliens sont les topiques qui leur font faire les pas les plus rapides vers la guérison, ce qui prouverait qu'au lieu d'un état atonique, il y a plutôt tension exagérée.

Après les premiers jours d'application de cataplasmes sur ces plaies, on les voit prendre un aspect vermeil, leurs bords se *déraidissent*, s'affaissent, des bourgeons charnus s'élèvent, on dirait qu'ils végètent avec activité; mais il n'en est point non plus ainsi : ce sont au contraire les bords qui se dégorgent et s'amincissent. Après cette amélioration, qui est toujours rapide, le mal reste stationnaire si on continue le même traitement; mais il ne s'aggrave pas comme cela se voit sous l'influence des pommades, des poudres irritantes dont abusent, dans les cas de ce genre, les praticiens qui considèrent comme atonique l'état de ces plaies.

Quand on est arrivé à ce point que les émolliens ne font plus rien, il faut recourir à l'emploi des bandelettes agglutinatives, qui mènent souvent à une guérison rapide; la salle des femmes en présente plusieurs cas. Mais si pendant qu'elles sont appliquées, il survient de la douleur vive, si les bourgeons charnus se boursouflent, s'ils saignent, si leur excitation est poussée trop loin, il faut lever l'appareil emplastique et recourir aux cataplasmes émolliens jusqu'à ce que l'inflammation soit réduite au point de

tolérer la réapplication des bandelettes; et si, enfin, l'exagération de la sensibilité de la partie malade était incompatible avec le dernier moyen, il faudrait, avant d'y renoncer, essayer de recouvrir les parties malades avec une couche de cérat, et se borner en dernière analyse à une compression pure et simple si cette dernière précaution ne mettait pas à l'abri des accidens. Dans ce cas comme dans les précédens, il est indispensable de fournir aux cicatrices une enveloppe artificielle et protectrice. Il est encore une précaution à prendre quand on approche du terme de la guérison des plaies; elle est indispensable dans certains cas, elle est inutile dans d'autres : je veux parler de l'application d'un exutoire; on conçoit que celui-ci sera indispensable aux malades qui, travaillant peu, étant bien nourris, ont leur constitution riche en fluides nutritifs; chez eux une évacuation qui remplace en partie celle qui se faisait tous les jours par la surface de la plaie, est utile pour prévenir la pléthore; mais chez les malheureux obligés de faire un travail pénible, qui sont soumis à une alimentation pauvre en matériaux assimilables, et que la suppuration de la plaie mettait aux abois, il faut bien se garder de mettre un exutoire; il vaut bien mieux que leur économie, qui a besoin de grandes réparations, profite des matériaux qui se perdraient tous les jours par cette voie. Enfin nous avons à parler encore des plaies par irritation.

LANCETTE DU 13.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Chomel, professeur.

Affection cérébrale; diagnostic obscur; emploi des émissions sanguines.

Une femme âgée de 54 ans, couchée au n° 4 de la salle Saint-Lazare, entre à l'Hôtel-Dieu accusant quatre jours de maladie. Elle a cessé d'être réglée depuis huit ans, sa santé est habituellement bonne. Au début, frissons qui se répètent les trois jours suivans, à des intervalles irréguliers, et sont suivis de chaleur et quelquefois de sueur, céphalalgie, douleurs lombaires, altération de la contractilité musculaire. Quatre jours se passent dans cet état; au bout de ce temps elle est transportée à l'Hôtel-Dieu.

A la visite, elle offre les symptômes suivans : céphalalgie, teinte violacée de la face, occlusion des paupières, demi-assoupissement, parole difficile, embarrassée, réponses tantôt justes, tantôt incohérentes; légère déviation de la bouche à droite; faiblesse du membre supérieur gauche. Interrogée sur l'existence de ces deux derniers phénomènes morbides et sur l'époque de leur invasion, la malade répond qu'elle a toujours eu la parole embarrassée, et que la faiblesse du bras gauche tient à une ancienne fracture dont le membre a été le siége. Les lèvres sont sèches et présentent un liséré brunâtre; la langue est violacée, mais large et humide; inappétence, soif médiocre, ventre peu douloureux, émission des urines rare, constipation. Le pouls bat 68 fois par minute, il est plein et dur. La chaleur de la peau est naturelle. Les organes thoraciques ne donnent aucun signe de souffrance, la respiration est pure, la percussion de la poitrine normale; pas de toux, pas de dyspnée. La malade se plaint, lorsqu'elle veut se mettre sur son séant, de douleurs lombaires, qui ne se font pas sentir dans l'état de repos.

Pendant la nuit qui a précédé la visite, cette malade s'est levée, a pris une chandelle et a parcouru toute la salle, *cherchant*, disait-elle, *son mari*, qui est mort depuis long-temps. Le matin elle a fait quelques réponses justes; elle ignore cependant le lieu où elle se trouve, et a cru qu'il était midi pendant que M. Chomel, qui l'interrogeait, tenait une bougie à la main. Il y a là évidemment une altération des facultés intellectuelles.

La céphalalgie que la malade éprouve siége à la partie postérieure de la tête, où elle n'a reçu, du reste, aucun coup, où il n'existe aucune trace de violence extérieure. La prostration des forces est assez grande pour qu'il ait été nécessaire de transporter la malade à l'hôpital sur un brancard. Tout le monde connaît la répugnance de la classe indigente, pour ce mode de transport.

Il y a dans ce cas, dit M. Chomel, un contraste remarquable entre la gravité de quelques symptômes, et l'absence de tout mouvement fébrile. Existe-t-il une inflammation du cerveau? Mais comment admettre l'existence d'une telle phlegmasie chez une malade qui ne présente ni contracture des membres, ni exagération de la sensibilité normale? Faut-il rattacher cette affection à une altération des plaques de Peyer? Mais la fièvre typhoïde s'observe rarement au-delà de 50 ans. M. Chomel n'en connaît qu'un seul cas. D'ailleurs, l'absence de fièvre, l'état de la peau, la constipation éloignent l'idée de toute affection intestinale, de la nature de celle dont il est ici question. La marche ultérieure de la maladie jettera probablement quelques lumières sur le diagnostic.

Quoiqu'il en soit, comme le pouls est plein et dur, on pratiquera une saignée au bras, et on soumettra la malade à l'usage des boissons adoucissantes.

Névralgie intermittente chez une femme atteinte d'une affection de l'uterus; emploi du sulfate de quinine guérison.

Une femme couchée depuis quelque temps au n° 17 de la salle Saint-Lazare, pour une affection de l'utérus, qui s'est amendée sous l'influence du traitement antiphlogistique, a été prise ces jours derniers d'une névralgie faciale dont la marche a été intermittente. Une douleur extrêmement vive partant de la région sourcilière, et s'irradiant vers tout le côté droit de la tête, caractérisait chaque accès. A cette douleur se joignait de l'anxiété, de l'agitation, de l'insomnie et une certaine fréquence du pouls. Lorsque l'existence de cette fièvre larvée fut bien constatée, on eut recours au sulfate de quinine. Huit grains de cette substance furent administrés en deux fois; et l'accès suivant fut notablement modifié sous le rapport de son

intensité et de sa durée. La douleur fut moins vive et moins étendue, la durée de l'accès fut diminuée de moitié. On continua l'emploi de la même médication. 12 grains de sulfate furent prescrits, et, au lieu d'une douleur vive, la malade n'éprouva qu'un léger sentiment de chaleur à la région sourcilière. Enfin une nouvelle dose acheva la guérison.

Fièvre intermittente quarte avec engorgement de la rate; emploi du sulfate de quinine par la méthode endermique.

M. Chomel fait en ce moment quelques expériences sur l'emploi de diverses substances médicamenteuses par la méthode endermique. Le sulfate de quinine a été déjà employé dans quelques cas. Chez la malade qui fait le sujet de l'observation précédente, l'accès ne revenait qu'à des intervalles irréguliers, la périodicité, par conséquent, n'était pas assez tranchée pour qu'on essayât les préparations de quinquina, d'après une nouvelle méthode. Mais dans l'observation suivante, il s'agit d'une fièvre miasmatique, à type quarte, à accès très caractérisés, offrant les trois stades de frisson, de chaleur et de sueur.

Le malade dont il s'agit est couché au n° 36 de la salle des hommes. Il est affecté depuis long-temps d'une fièvre quarte très caractérisée et accompagnée d'un engorgement de la rate qui dépasse le bord des fausses côtes. Après avoir été témoin du premier accès, M. Chomel a prescrit, pour prévenir le second, deux grains de sulfate de quinine à appliquer sur la peau préalablement dépouillée de son épiderme, à l'aide de la pommade ammoniacale. L'accès est revenu sans avoir subi aucune modification. Pour prévenir l'accès suivant, on a appliqué quatre grains de la même substance qui n'ont pas eu un résultat plus avantageux. Mais il est bon de faire remarquer qu'ils ont été appliqués sur la même plaie qui était recouverte d'une couche grisâtre qui a probablement empêché les effets de l'absorption. On a dû en appliquer le lendemain une dose égale sur une nouvelle plaie. Nous ferons connaître le résultat de cette médication.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. Ricord.

État du vagin et du col de l'utérus dans la blennorrhagie. — Du phimosis.

A Monsieur le rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux.*

Monsieur,

Je viens de lire dans votre avant-dernier numéro des réflexions sur l'état du vagin et du col de l'utérus dans les cas de blennorrhagie, ainsi que des indications relatives au phimosis et aux opérations qu'il réclame. Sans doute je suis loin de contester l'exactitude du rapport présenté par M. le docteur Vidal; mais il m'a paru que les conséquences résultant d'un seul fait étant posées d'une manière trop générale, pourraient induire en erreur, d'autant que, selon nous, elles ne peuvent appartenir qu'à un cas particulier; et sous ce point de vue, ce médecin n'a fait que confirmer la doctrine professée depuis long-temps à l'hôpital des Vénériens.

En effet, l'autopsie dont il donne l'observation prouve une chose déjà bien connue, et que M. Ricord a signalée dans ses recherches exactes, publiées dans les Mémoires de l'académie de médecine et dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales : savoir, que la blennorrhagie peut n'être accompagnée que de simple rougeur du vagin, de l'utérus et de l'urètre, ce qui n'empêche pas que dans certains cas on ne rencontre les autres lesions que M. Ricord a signalées.

Dans un assez grand nombre d'autopsies que j'ai faites sous sa direction, elle sont été vues sans avoir besoin du secours de la loupe, et montrées publiquement aux élèves qui suivaient la clinique On ne doit pas aussi oublier que dans certains cas l'affection semble, comme l'érysipèle, éluder les recherches de l'anatomie pathologique, en ne laissant aucun trace sur le cadavre.

Quant au traitement, nous pouvons affirmer, d'après des observations recueillies sur plus de douze cents malades traités dans l'hôpital, sans compter les consultations nombreuses du dehors, que le copahu et le cubèbe, dont M. Ricord a cherché à expliquer l'action dans un article récent sur la blennorrhagie chez la femme, sont loin de guérir aussi promptement et avec aussi peu de fatigue des autres organes, et surtout d'une manière aussi complète, que la méthode de M. Ricord par les injections et les tamponnemens dans les cas les plus simples, et la cautérisation quand il existe des ulcérations, etc. Je publierai sous peu de jours une série d'observations applicables aux diverses variétés.

Les réflexions de M. Vidal relatives au phimosis, m'engagent à vous communiquer un résumé des leçons cliniques de M. Ricord sur cette affection; et, pour me renfermer dans les bornes d'un article de journal, je vais vous offrir un sommaire rapide, mais qui, je l'espère, suffira pour l'intelligence de la question.

1° Le phimosis est complet ou incomplet.

2° Le phimosis est permanent ou temporaire.

3° Le phimosis permanent peut être congénial ou accidentel.

4° Le phimosis permanent peut exister avec excès de rougeur du prépuce, avec un prépuce ne couvrant pas tout le gland, avec excès de longueur du frein, avec des adhérences au gland anciennes ou récentes, complètes ou incomplètes; avec des cicatrices, des indurations, de végétations, des dégénérescences, des chancres, des affections herpétiques, avec des perforations du prépuce.

5° Le phimosis temporaire peut être inflammatoire ou œdémateux, compliqué d'érysipèle, de tension considérable, de menace de gangrène, de gangrène même, de balanite, de blennorrhagie, de chancres;

de végétations d'herpès, de perforation du prépuce, de difficulté d'uriner ou de rétention complète d'urine, etc. Avant son développement, il y avait déjà un peu d'étroitesse du prépuce, ou bien, pour nous servir de l'expression vulgaire, le malade décalotait bien, le limbe du prépuce étant très-large.

6° Toutes ces variétés du phimosis ont leurs signes diagnostiques, et pour le pronostic et le traitement, il est important de les reconnaître; ils ne sauraient dans aucun cas exiger le même traitement, et surtout la même opération.

7° Le phimosis temporaire, ainsi que son nom l'indique, arrivé chez des personnes qui auparavant décalotaient bien, cède sans qu'on ait besoin d'opérer.

8° Le phimosis permanent avec excès de longueur du prépuce ou avec des indurations du pourtour de cette enveloppe cutanée, exige la circoncision, à moins de vouloir remédier, dans un grand nombre de cas à une difformité par une autre difformité. Quand il y a des adhérences récentes faciles à détruire, il faut les disséquer; quand elles sont trop intimes et surtout trop étendues, il faut se contenter d'enlever assez de prépuce pour bien découvrir le méat urinaire; quand il y a excès de longueur du frein, il faut en faire la résection; lorsqu'il existe des végétations, elles doivent être enlevées; s'il y a des chancres, à moins d'indications pressantes, il faut attendre qu'ils soient guéris pour opérer, afin de ne pas s'exposer à augmenter leur étendue en inoculant la plaie résultant de l'opération. Si l'opération est faite, les escharres existant encore, il faut, si on le peut, les enlever dans la section. De cette manière quelquefois on emporte tout le mal, qui n'était encore que local. D'autres fois, quand on en laisse, il faut, autant qu'on le peut, cautériser de suite. Lorsqu'il y a des perforations du prépuce, elles doivent être emportées dans l'opération. Nous avons souvent vu des cas dans lesquels la gangrène avait déjà fait une première circoncision que M. Ricord n'a eu qu'à compléter le plus souvent vers le frein.

9° Lorsque le prépuce est court, la section par la partie supérieure, par l'ancien procédé, peut suffire. Si le prépuce n'est étroit qu'à cause de végétations développées entre lui et le gland, il suffit d'une petite incision, comme nous l'avons souvent vu faire par M. Ricord; dans le cas contraire, il faut inciser jusqu'au niveau de la base du gland, en évitant de rencontrer sur le trajet de l'incision les chancres, s'il en existe, et en intéressant les perforations qui pourraient avoir lieu, si on n'a pas l'intention de faire la résection des angles. Dans le cas où on opère cette résection, ce qui vaut mieux pour ne pas laisser de difformité, on doit, autant que possible, emporter les chancres, les végétations et les indurations dont le prépuce pourrait être le siége. Il faut savoir toutefois, que par la section supérieure, on laisse à quelques malades une languette de prépuce allongée et correspondante au frein qui constitue chez quelques sujets une véritable difformité, et qui est sujette à se tuméfier et à devenir œdémateuse.

M. Ricord préfère, dans certains cas, faire à la partie supérieure du prépuce, un pli plus ou moins étendu en le pinçant longitudinalement, et enlève ainsi un lambeau qui laisse une division en forme de V, dont la base est prise sur le limbe du prépuce, et le sommet dirigé vers la base du gland.

10° Quant à la section de la partie inférieure du prépuce à l'opération de Celse, que M. le professeur Cloquet a rajeunie et recrée en la perfectionnant, elle n'expose pas plus que la section supérieure à blesser l'urètre, car on a vu deux fois le gland fendu par des hommes à réputation, tandis qu'ils pratiquaient la section supérieure du prépuce. Cependant M. Ricord la rejette dans le plus grand nombre de cas, surtout quand on veut l'appliquer au phimosis avec excès de longueur du prépuce; car elle donne lieu à une difformité en tout semblable à celle qu'on observe dans les premiers degrés de l'hypospadias, difformité dans laquelle le prépuce forme un large capuchon sur le gland, un prépuce en casque, d'après l'expression de M. Ricord, et qui est très-gênant dans le coït, qui se tuméfie sous l'influence de froissemens répétés, et est très-sujet à s'affecter d'œdème.

J.-J L.-Rattier.

HOPITAL SAINT-ELOI DE MONTPELLIER.

CLINIQUE DE M. LE PROF. LALLEMAND.

(Rédigée par M. Emile Verdier, et revue par M. Lallemand.)

(Suite du numéro précédent.)

Plaies par irritation.

Dans l'examen que nous venons de faire des plaies dites par atonie, nous avons vu leurs bords épais et calleux, circonscrire leur partie centrale et bourgeonneuse, et s'élever bien au-dessus d'elle; dans celui que nous allons faire des plaies par irritation, nous verrons au contraire qu'une masse bourgeonneuse, d'un rouge variable, constitue leur surface; que leurs bords affaissés étranglent la masse fongueuse qui s'élève de beaucoup au-dessus de leur niveau, en faisant hernie à travers l'espace qu'ils circonscrivent.

Le n° 1, St-Eloi, nous a présenté, il y a peu de jours, un exemple frappant de ce genre de plaies; cet homme portait à la partie antérieure de la jambe gauche, une de ces affections qu'on dit exister sous l'influence d'un état atonique; après avoir obtenu, au moyen des cataplasmes émolliens, l'assouplissement des bords, nous eûmes recours à l'application des bandelettes agglutinatives. A la suite de plusieurs de ces derniers pansemens, le malade se plaignit de douleurs dans la plaie; nous enlevâmes les bandelettes, et nous trouvâmes les bourgeons charnus irrités et saignans.

L'élève chargé de soigner ce blessé, en essuyant la plaie avec une compresse l'irrita davantage; une congestion plus énergique eut lieu dans cette partie, les bourgeons charnus acquirent un développement exagéré, ils constituèrent bientôt une masse fongueuse

de deux pouces de diamètre en tout sens, d'un pouce de relief en avant des bords qui circonscrivaient et étranglaient sa base, de manière que cette plaie, dont la forme primitive était celle dite par atonie, se trouva dans l'espace de quelques jours dans l'état de turgescence qui caractérise celles par irritation.

Je prescrivis l'application des cataplasmes émolliens et la mise en œuvre d'une légère compression.

L'étranglement qu'exercent les bords de la plaie sur la masse fongueuse, s'opposant au dégorgement des bourgeons charnus, je débridai au moyen de deux incisions, l'une supérieure et l'autre inférieure; depuis cette opération les fongosités se sont affaissées, et enfin au bout de quelques jours cette plaie est revenue à son état primitif, c'est-à-dire à celui appelé atonique.

Dans le traitement des plaies par irritation, il faut employer les cataplasmes émolliens jusqu'à ce que les symptômes aigus soient abattus; mais si après un certain temps de leur usage la masse bourgeonneuse ne se résout pas, on peut attribuer sa persistance dans l'état d'engorgement à une distention passive des vaisseaux. Alors la cautérisation avec le nitrate d'argent est indispensable pour stimuler les parties envahies par le sang pour augmenter leur tonicité.

Quand on est parvenu par ces moyens, employés isolément ou bien combinés, alternés, à amener la surface des bourgeons charnus au niveau de celle des bords, le meilleur moyen à mettre en pratique pour obtenir une prompte cicatrisation, est l'application des bandelettes agglutinatives, toutes les fois cependant que la sensibilité de la peau des malades n'est pas telle qu'elle ne puisse tolérer, lorsque son épiderme est ramolli, le contact de la matière emplastique.

Quand on a obtenu la cicatrisation, il faut, comme dans les cas précédens, faire porter les guêtres dont il a déjà été plusieurs fois question.

A la suite des diverses espèces de plaie que nous venons de passer en revue, et surtout à la suite de la cicatrisation de celles qui paraissaient accompagnées d'une grande perte de substance, on croirait devoir trouver une dépression sur la partie où elles siégeaient; il n'en est point ainsi, on trouve au contraire que la portion du tibia qui leur correspond est gonflée et fait saillie en avant. Cette augmentation du volume de l'os tient à ce que l'inflammation qui accompagne les plaies se propage au moyen du tissu cellulaire jusqu'au périoste du tibia, celui-ci subissant la loi qui régit tous les tissus fibreux, s'incruste de sels calcaires, il s'ossifie.

Cette portion d'os nouvellement formée est pourvue du périoste qui lui est indispensable pour vivre par la transformation du tissu cellulaire en tissu fibreux; de cette manière l'os augmente son épaisseur par l'ossification successive du périoste primitif et des périostes secondaires, qui sont eux-mêmes successivement remplacés par des couches de tissu cellulaire qui, se ramollissant et s'endurcissant par l'effet de l'inflammation, sont transformées en tissu périostitique.

Le travail qui se fait à l'extérieur du corps de l'os d'une manière excentrique, s'exécute aussi dans le canal médullaire d'une autre manière centripète.

Par les mêmes procédés, la membrane médullaire, la moelle elle-même sont transformées en tissu osseux, de sorte qu'au bout d'un certain temps le canal de l'os se trouve complètement oblitéré.

(*Journ. des Sc. méd. de Montpellier.*)

——— LANCETTE DU 15. ———

HOTEL-DIEU.

CLINIQUE DE MM. BALLY ET PIORRY.

Symptômes cérébraux prononcés; pas de lésions dans le cerveau après la mort.

Un jeune homme de dix-neuf ans, maçon, occupait le lit n° 54 de la salle Saint-Landry.

Le 10 janvier, il y avait quatre jours qu'il était malade, et il y en avait trois qu'il délirait. Mouvemens automatiques, perte de connaissance, agitation continuelle; en même temps râle très sonore en sensible à la main appliquée sur le sternum, face pâle, lèvres livides, langue sèche, pouls dépressible. Une petite toux a lieu; mais, bien qu'on entende le déplacement des crachats à l'occasion du passage de l'air, ces crachats ne sortent pas des voies de la respiration.

Une saignée avait été pratiquée la veille. On prescrit huit sangsues derrière les oreilles, un lavement avec les follicules de séné, 2 gros, et le sirop de nerprun, une once; des applications froides sur la tête, qui sera tenue élevée.

La question était de savoir si les symptômes précédens étaient primitifs au cerveau et tenaient à une inflammation des membranes, ou bien s'ils étaient consécutifs au râle et à l'asphyxie de l'écume bronchique, qui paraissait menacer la vie du malade. M. Piorry resta dans le doute à ce sujet, et on écrivit sur la feuille de diagnostic le mot méningite avec deux points d'interrogation.

A sa mort, les membranes cérébrales et le cerveau, examinés avec le plus grand soin, ne présentèrent point de lésions; il y avait une quantité médiocre de fluide céphalo-rachidien, et on ne trouva pas dans le tube digestif d'affection qui pût expliquer les symptômes, car les glandes de Peyer étaient saines, et l'estomac était dans le même cas. Mais les poumons remplissaient la cavité thoracique; une écume abondante sortait des bronches par la pression. Une pneumonie hypostatique au premier degré existait des deux côtés, et une masse du volume du poing, et formée par des tubercules de la grosseur d'un grain de chenevis, ainsi qu'une cavité recouverte d'une membrane organisée, pouvant contenir une noix, existaient à la base du poumon droit.

Suivant M. Piorry, l'asphyxie par l'écume bronchique, quand elle est aiguë et portée loin, détermine des accidens cérébraux qu'il est facile de con-

fondre avec ceux dont le cerveau est le point de départ.

Dans ces cas, c'est le défaut d'hématose qui est la source des symptômes, et il compare ce délire et ces phénomènes à ceux qui suivent l'inspiration de l'acide carbonique. La médication pratique dans cette opinion est d'avoir recours aux expectorans, aux vésicatoires, et à la privation des boissons, pour combattre les râles.

Epilepsie; mort prompte; lésions diverses du cerveau diagnostiquées pendant la vie.

A côté de ce fait, il en est un autre non moins curieux et remarquable, surtout par la précision du diagnostic.

La femme Marie Chassin, âgée de cinquante-six ans, éprouva, il y a un an, à la suite de violens chagrins, des accidens qui ne pouvaient guère être rapportés qu'à l'épilepsie, et qui furent suivis d'un délire qui dura trois heures. Il y a quinze jours le mal se renouvela; il y eut encore du délire, et la malade parut se rétablir; mais le 3 janvier on trouva cette femme étendue par terre, la tête sous une commode et les membres raides.

A la visite du 7 janvier, elle présentait l'état suivant: contracture et raideur des membres, tremblement épileptiforme; quelques mouvemens automatiques, quelques autres volontaires; la malade entend, voit et ne répond pas; connaissance incomplète, quelques mots sans suite. Saignée, compresses froides sur la tête, cataplasmes très-chauds sur les extrémités.

Le 8 elle répond *oui* à toutes les questions. Alternatives de raideur, de tremblement épileptique et de résolution complète des membres supérieur et inférieur droits, raideur des membres inférieurs gauches.

Le diagnostic fut celui-ci: épilepsie développée à une âge avancé; inflammation du cerveau du côté gauche, intéressant les couches optiques et les corps striés; les membranes cérébrales doivent être malades.

On eut recours à des lavemens purgatifs avec le séné et le sirop de nerprun, à des vésicatoires, au coucher la tête haute.

Les accidens continuèrent et augmentèrent; le râle survint le dernier jour, et la mort eut lieu le 13 janvier à minuit.

Nécropsie. Écume sanguinolente dans les bronches; les poumons sont engoués des deux côtés à leur partie déclive, d'un sang presque liquide, et qui s'en écoule avec facilité; de larges ecchymoses entre les muscles abdominaux; rien de notable du côté du tube digestif. La dure-mère présente à gauche, dans la largeur d'une pièce de cinq francs, de nombreuses tumeurs fibreuses qui pénètrent dans le cerveau; elles sont dures, d'un volume variant d'un grain de chenevis à celui du petit doigt; l'arachnoïde et la pie-mère, aux environs, sont rouges dans l'étendue d'un pouce. La surface de la couche optique et du corps strié gauche est saine; mais en dehors de ces corps le cerveau est le siége d'un vaste ramollissement pulpeux, d'une couleur gris-rougeâtre, parsemé de stries rouges; le lavage entraîne la partie ramollie qui intéresse les deux substances, et qui s'étend jusqu'au point où existent les tumeurs fibreuses qui présentent l'apparence d'une crête de coq.

Quels que soient, suivant lui, les progrès que la science ait faits sous le rapport du diagnostic des affections cérébrales, on est loin de pouvoir porter toujours un diagnostic aussi heureux que celui qui a eu lieu dans le cas précédent, et il cite un grand nombre d'observations qui lui sont propres, dans lesquelles les lésions observées après la mort ne correspondaient pas aux symptômes observés pendant la vie. Il cite surtout les relevés statistiques de Burdacq, qui, sur un nombre considérable d'observations d'affections du cerveau, ne trouva point que l'expression fonctionnelle fût le plus souvent en raison de l'altération organique existante.

Grossesse extrà-utérine abdominale; mort. Autopsie par M. Em. Pereyra (1), *D. M. P.*

Jeanne Duguet, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, d'une assez faible constitution, n'avait jamais été enceinte, quoique depuis l'âge de quinze ans elle eût pu le devenir, lorsque le 26 novembre 1823, au moment même du coït, l'appartement lui parut tout en feu.

La frayeur vive qu'elle avait ressentie se calma bientôt, lorsqu'elle reconnut que la cause provenait de l'incendie de la maison vis-à-vis, appartenant à un menuisier, et dans laquelle se trouvait une grande quantité de bois sec et en copaux.

Elle ressentit aussitôt une douleur profonde dans le ventre, un peu au-dessus de l'aîne gauche, qui persista malgré les diverses positions qu'elle prit, et qui dura quelques jours avec la même intensité. Ses règles, qu'elle attendait dans les premiers jours de décembre, ne parurent pas; des maux d'estomac survinrent alors, et furent bientôt suivis de vomissemens qui durèrent jusqu'au mois de février. A la fin du mois de janvier 1824, quelques gouttes de sang s'écoulèrent par le vagin.

Au commencement de février, la douleur du ventre revint avec plus d'intensité, les seins se gonflèrent, le ventre devint gros, dur et très douloureux; une constipation opiniâtre tourmenta la malade. Ces symptômes durèrent deux mois au même degré, et résistèrent aux moyens nombreux qui furent mis en usage pour les combattre.

Au mois de mai, Jeanne Duguet commença à sentir les mouvemens d'un enfant, d'abord faibles, mais graduellement de plus en plus forts, au point de renouveler chaque fois des douleurs très vives de tout l'abdomen. Ces mouvemens étaient apparens pour

(1) Cette observation a été communiquée, au Bulletin médical de Bordeaux, par M. Em. Pereyra, au nom d'une commission nommée pour suivre les progrès de la grossesse, par la société de médecine de cette ville.

tous les assistans. La constipation continuait et fatiguait surtout la malade, qui avait vu disparaître peu à peu les autres symptômes dont nous avons parlé. Sa santé s'était à peu près rétablie dans le mois de juin; elle put alors vaquer à ses affaires.

Le 3 septembre 1824, des douleurs d'accouchement commencèrent à se faire sentir; une sage-femme appelée crut que l'accouchement allait être très-prompt. La tête, disait-elle, était prête à franchir la vulve. Cependant les douleurs et les contractions utérines de plus en plus fortes n'amenaient aucun résultat; l'enfant faisait ses mouvemens accoutumés. Cet état, presqu'intolérable, persista jusqu'au 21 septembre.

Un confrère appelé crut devoir administrer une potion fortement opiacée, qui plaça pendant quelques heures la malade dans le narcotisme. A son réveil, les douleurs avaient disparu, les mouvemens de l'enfant avaient cessé pour ne plus reparaître, les seins gonflèrent, les lochies parurent et coulèrent pendant quelque temps, le ventre diminua sensiblement, devint plus mou, et Jeanne Duguet put se livrer à ses travaux accoutumés.

Les règles parurent le 4 janvier 1825 et ont continué régulièrement, avec plus ou moins d'abondance, jusqu'à une époque très rapprochée de sa mort.

Dans le courant du mois de février 1825, cette femme me fut présentée par M. Boisse, officier de santé, et par madame Frégé, sage-femme. Après l'avoir examinée avec attention, je reconnus une grossesse extrà-utérine abdominale : quelques amis qui la visitèrent partagèrent mon opinion.

Cette femme voulait être débarrassée à tout prix de ce poids fatigant et incommode. Les dangers que je lui laissais entrevoir ne l'effrayaient pas. Je crus devoir consulter à ce sujet la société royale de médecine de Bordeaux. Ce fut, dans sa première séance du mois de mars 1825, que je lui communiquai ce cas, en demandant son opinion et sur la maladie et sur les moyens qui pouvaient être mis en usage.

Une commission fut nommée pour examiner Jeanne Duguet; elle fut composée de MM. Carrié, Dupouy, Gardey, Antony, Brulatour père et moi. C'est ici que je dois placer le résultat de nos diverses recherches, et la description de l'état dans lequel se trouvait alors cette femme :

L'abdomen était assez peu développé, saillant cependant à la région ombilicale, présentant une circonférence de deux pieds huit pouces, prise sur les crêtes iliaques et l'ombilic. Un peu au-dessous de l'ombilic, à droite, on sentait un corps dur qui descendait obliquement à gauche, et qui s'enfonçait dans le bassin.

Le doigt introduit dans le vagin rencontrait, presqu'à la vulve, un corps rond, consistant, sans aucun doute la tête d'un enfant à terme; on sentait facilement les sutures et les fontanelles des os du crâne; on soulevait facilement la tête en imprimant un mouvement à toute la masse renfermée dans l'abdomen. Le doigt porté plus haut rencontrait, à environ deux pouces au-dessus, la matrice d'un volume normal. Le rectum était aplati, dévié plus à gauche, permettant à peine l'introduction du doigt; l'on touchait au travers la tête, qui n'en était séparée que par l'épaisseur de ses parois.

La commission reconnut unanimement que Jeanne Duguet était atteinte d'une grossesse extrà-utérine abdominale; que la tête de l'enfant occupait presqu'en totalité le petit bassin; qu'elle était placée entre le vagin et le rectum, et que l'enfant jouissait d'une assez grande mobilité.

La société, sur le rapport de ses commissaires, décida qu'il était prudent de ne tenter aucune opération; que malgré le désir pressant de la malade, et malgré le peu de danger qu'offrait au premier abord la section de la paroi postérieure du vagin, seule nécessaire pour l'extraction de l'enfant, cette simple opération pouvait compromettre la vie de cette femme; qu'il était bien probable que l'enfant était renfermé dans un sac particulier indépendant du péritoine, et que, par conséquent, on ne courrait pas le risque d'irriter immédiatement cette membrane; mais que l'irritation produite par l'accès de l'air dans le sac, la suppuration qui en résulterait, les changemens de rapports qui s'opéreraient subitement à la suite du vide produit par l'extraction de l'enfant, tout, en un mot, faisait craindre une péritonite à laquelle succomberait la malade; que de nombreuses observations, consignées dans les auteurs, prouvaient que des enfans renfermés dans l'abdomen s'étaient momifiés, et que les femmes avaient vécu plusieurs années sans en être très gravement incommodées; quelques-unes même avaient conçu et porté à terme d'autres enfans.

Il fut décidé qu'on surveillerait cette femme, et que dès qu'on s'apercevrait que la nature voudrait se débarrasser de ce corps étranger, on prendrait alors le parti que la prudence indiquerait. Jeanne Duguet devint alors la malade de la société de médecine, et je fus chargé de la surveiller.

Pendant quelques années, la santé générale se maintint, le ventre diminua sensiblement, l'enfant s'éleva un peu dans le vagin : cette femme se livra aux travaux de la couture, et ne devint plus enceinte. Elle était incommodée du poids et souffrait une constipation opiniâtre. Cet état persista jusqu'en 1830, que des douleurs générales de l'abdomen se manifestèrent; elles furent calmées par des demi-bains, des émolliens, le repos; une hernie ombilicale survint et fut maintenue, réduite par un bandage. Jeanne Duguet commença alors à perdre son embonpoint; des chagrins domestiques, l'état de misère dans lequel elle se trouvait par les interruptions fréquentes de ses travaux, en furent les causes manifestes.

Les douleurs abdominales revinrent à des intervalles de plus en plus rapprochés. Dans une séance du mois de juillet de l'année 1833, je prévins la société que je prévoyais une terminaison prochaine, et je la priai de m'adjoindre deux commissaires pour prendre une détermination, si la nécessité d'agir promptement se présentait : MM. Brulatour père et Burguet furent désignés.

Jeanne Duguet vivait avec sa mère qui mourut très-promptement; elle en ressentit une très vive douleur.

Elle fut atteinte, dans le mois d'août, d'une fièvre tierce assez intense, que je fus obligé de combattre par le sulfate de quinine. Les douleurs du ventre se réveillèrent à la suite de cette médication; elles furent calmées par les mêmes moyens.

Dans le courant du mois d'octobre, M. le professeur Lallemand, à qui j'eus occasion de parler de cette femme, l'examina avec la plus grande attention, reconnut une grossesse extrà-utérine abdominale. Cette femme, quoique souffrante et fort amaigrie, ne présentait à cette époque aucun signe d'un travail local; les douleurs étaient générales dans tout l'abdomen; nous conseillâmes la continuation des mêmes moyens.

N'ayant point été appelé depuis cette époque, je croyais cette femme beaucoup mieux, lorsque M. le docteur Caussade m'apprit, le 26 décembre, qu'il avait été appelé pour la voir, qu'il lui avait conseillé les mêmes moyens; que, pressé d'y retourner il y a peu de jours, il l'avait trouvée dans un état assez alarmant; que la malade lui ayant dit alors que je lui donnais des soins depuis fort long-temps, il n'avait voulu faire aucune recherche sans me prévenir.

Nous nous rendîmes le lendemain chez Jeanne Duguet. Nous reconnûmes une ouverture fistuleuse à l'ombilic; un stilet introduit pénétrait dans un sac et sur un corps dur; une suppuration fétide sortait de cette ouverture; un léger emphysème existait sous la peau; le doigt introduit dans le vagin nous fit reconnaître une ouverture de deux pouces environ, dans laquelle se présentait le bord saillant d'un os du crâne, que nous jugeâmes être le pariétal.

Je donnai au docteur Caussade connaissance de tout ce qui avait eu lieu au sujet de cette femme; je lui appris qu'elle était une malade de la société dont il faisait partie, qu'une commission avait été nommée, et qu'il était nécessaire de la réunir le plus tôt possible.

Le lendemain, la commission, composée de MM. Brulatour père, Burguet et moi, se réunit chez la malade; il fut convenu que M. Caussade, ayant déjà été appelé par la malade, serait adjoint à la commission.

Jeanne Duguet était dans le dernier degré de marasme; une fièvre vive existait; une suppuration abondante, d'une fétidité au-dessus de toute expression sortait par la vulve. La même suppuration s'écoulait, quoiqu'en bien moins grande quantité, par la fistule ombilicale; la malade éprouvait dans le vagin, par la présence des os, des douleurs atroces. Il parut à la commission urgent de la débarrasser de ce corps étranger qui devenait la cause des douleurs vaginales, et qui, par sa décomposition, donnait lieu à cette suppuration putride, dont l'absorption empoisonnait la malade, et devait ainsi entraîner une mort très-prochaine.

Je dois ici indiquer sommairement quels furent les divers avis des membres de la commission.

M. Caussade proposa d'agrandir l'ouverture vaginale à sa partie supérieure, et de tirer l'enfant en brisant successivement les parties osseuses qui présenteraient un trop gros volume.

Je proposai d'agrandir l'ouverture fistuleuse de l'ombilic, de rendre l'ouverture extérieure parallèle à l'ouverture interne, de laisser ainsi une libre issue aux gaz putrides qui s'échappaient, qui, dans l'état actuel, étaient retenus sous la peau et par conséquent étaient absorbés, de briser les fragmens osseux qui paraissaient à l'ouverture vaginale, de faire des injections chlorurées par l'ouverture ombilicale, de laver ainsi le sac, et d'attendre l'issue de tout ce qui était contenu.

M. Burguet proposa d'extraire successivement l'enfant par l'ouverture vaginale qui était assez grande et qu'il croyait inutile d'agrandir, de dilater l'ouverture ombilicale et de faire des injections chlorurées ou émollientes, suivant les circonstances.

M. Brulatour père, réfléchissant à la nécessité d'enlever promptement l'enfant contenu dans le sac, à sa position en travers, au peu de dilatation du vagin, à son extrême sensibilité, entrevit des difficultés presque insurmontables à retirer l'enfant par le vagin. L'opération serait très longue, très douloureuse, peut-être impossible; la suppuration serait presque aussi abondante, parce qu'il serait bien difficile de vider le sac en entier. D'un autre côté, en retirant l'enfant par une incision faite aux parois abdominales et sur la ligne blanche, il n'entrevoyait aucun danger résultant de l'opération en elle-même.

Le sac était adhérent aux parois de l'abdomen; en pénétrant par la fistule ombilicale, on pouvait faire une incision toujours dans le sac, que l'on agrandirait autant qu'il serait nécessaire, le vider et le nettoyer entièrement; que les suites de cette opération ne paraissaient nullement à redouter, puisqu'en ne dépassant pas le sac, le péritoine ne serait pas atteint; que l'air ne viendrait frapper que des parties qui y étaient exposées depuis l'ouverture spontanée qui remontait au moins à quinze jours.

Cette opinion, dont je ne donne ici que le sommaire, fut partagée unanimement par la commission, qui cependant voulut réfléchir jusqu'au lendemain.

Le 29 décembre, la commission se réunit; M. Brulatour fils et un élève en médecine étaient présens; l'opération fut décidée comme offrant une lueur d'espoir pour prolonger les jours de la malade; M. Caussade, comme le plus jeune, tint le bistouri.

Une sonde fut introduite dans le sac par l'ouverture ombilicale; elle fut dirigée sur la ligne blanche. Un bistouri, parcourant la crénelure de la sonde, divisa la ligne blanche environ trois pouces au-dessous de l'ombilic; l'intérieur du sac apparut alors, et l'on vit la partie postérieure du tronc du fœtus; les extrémités inférieures étaient logées à droite et en haut; les supérieures en arrière et à gauche.

L'incision n'étant pas assez étendue, et ayant atteint en bas la limite du sac, elle fut agrandie d'un pouce en haut, en ayant soin de ne diviser que sur le doigt introduit dans le sac. Cependant, malgré cette précaution, le sac s'éloignait à la partie supérieure des parois abdominales, et n'y étant plus adhérent, on pénétra dans la cavité péritonéale; une anse d'intestin grêle se présenta, mais fut promptement contenue.

L'enfant fut tiré en entier, pendant qu'un aide repoussait, au moyen des doigts introduits dans le vagin, les os qui étaient engagés dans son ouverture. Nous parlerons plus bas avec plus de détail de cet enfant.

Trois points de suture enchevillée réunirent les bords de la plaie, des bandelettes agglutinatives la maintinrent réunie. La malade fut placée dans la position du plus grand relâchement. L'opération en elle-même ne fut accompagnée d'aucun accident, très peu de sang s'écoula; la malade ne souffrit pas beaucoup. Des injections émollientes furent faites dans le sac par le vagin.

L'eau de veau et une potion calmante furent prescrites le soir de l'opération. La fièvre, qui était continuelle depuis dix à douze jours, augmenta, l'altération survint. La suppuration vaginale continua à s'écouler avec abondance; les douleurs cependant avaient disparu; la malade ne se plaignait que d'une traction occasionée par la suture, lorsqu'elle toussait.

Le lendemain, à ces symptômes vinrent s'ajouter un ptyalisme constant et des vomissemens fréquens d'une matière verte porracée.

La fièvre continuait, les forces diminuaient de plus en plus; une difficulté dans la déglutition survint, la malade l'attribuait à un peu de vin qu'une voisine lui avait fait prendre.

Cet état empira successivement.

Le vendredi 3 janvier, on leva l'appareil : la plaie ne présentait aucun travail adhésif; elle n'était évidemment maintenue que par les points de suture : une légère rougeur érythémateuse existait dans la partie inférieure, au-dessous des chevilles qui comprimaient les tégumens. Une abondante suppuration s'était échappée de la partie inférieure de la plaie, qu'on n'avait pas rapprochée à dessein, et avait imbibé toutes les pièces de l'appareil; un peu au-dessous de la plaie, il existait une petite tumeur douloureuse au toucher. Le fond présentait une grande quantité de pus qu'on absorba au moyen d'une seringue.

De nouvelles bandelettes furent appliquées, et la malade remise dans la même position.

Les vomissemens, la presqu'impossibilité d'avaler, tous les autres symptômes augmentèrent de plus en plus. La malade succomba le 5 janvier 1834 à six heures du soir.

Autopsie de la femme.

L'autopsie, faite le lendemain par la commission, à laquelle s'adjoignit M. Brulatour fils, a présenté les circonstances suivantes :

Marasme presque complet; la suture appliquée le jour de l'opération étant enlevée, la plaie ne présente aucune trace de réunion, ni superficielle, ni profonde.

L'abdomen devant surtout fixer notre attention, on procède à son ouverture avec les plus grandes précautions. Deux incisions latérales de la poitrine et de l'abdomen permettent de voir les rapports du sac avec les organes. En faisant l'incision latérale droite à la hauteur de l'ombilic, il s'écoule une grande quantité de pus fétide.

Les muscles de l'abdomen sont très minces et très peu consistans; le péritoine qui revêt les parois abdominales est épais et rouge.

Les intestins grêles formaient une masse confuse, entourant le kyste de tous côtés et lui adhérant. Il n'y avait pour trace du grand épiploon que quelques lambeaux frangés, rouges et inégaux.

Le péritoine intestinal était rouge et très injecté.

Le sac apparaît dans toute son étendue, partant du bord du grand lobe du foie, qui présente une ulcération qui ferait supposer une adhérence qui a été détruite, soulevant le mésentère, avec lequel il adhère d'une manière intime, entouré des intestins grêles qui lui sont unis, descend de droite à gauche dans l'excavation du bassin adhérant à la paroi antérieure de l'abdomen jusqu'au-dessus de l'ombilic. L'estomac et le duodénum ont contracté avec lui des adhérences très fortes; il passe au-dessus de la vessie, qui est libre, en laissant un léger intervalle qui devait être rempli par cet organe dans son état de plénitude; il vient adhérer à la face postérieure de la matrice et à celle du vagin, et occupe en grande partie le petit bassin; puis, remontant uni au rectum en arrière, il vient s'appuyer sur la colonne vertébrale; le colon descendant à gauche, le cœcum à droite, y sont unis; l'appendice vermiculaire est confondu avec les parois du sac.

L'utérus ne présente aucun changement dans sa position, sa forme ou sa texture; l'ovaire droit, plus adhérent que le gauche aux enveloppes du fœtus, offre une hydropysie enkystée peu étendue; la dissection permet d'isoler parfaitement la trompe gauche dans toute son étendue; on éprouve plus de difficulté pour la trompe droite, dont le pavillon a contracté une union plus intime avec le sac.

Le kyste a une couleur foncée et une épaisseur qui varie entre une ligne et quatre lignes, selon ses régions; il a une texture spongieuse. Tous les autres organes thoraciques et abdominaux étaient dans leur état naturel.

Le kyste a été détaché et présenté à la société de médecine dans sa séance du 6 janvier. Il a été porté à l'école de médecine, où il a été examiné avec plus de soin dans ses rapports avec les organes de la génération.

Le fœtus, qui répandait une odeur infecte, fut placé dans une solution chlorurée et porté à l'école de médecine, où il a été examiné le lendemain par M. Brulatour fils. C'est à l'obligeance de ce confrère que nous devons les détails qui viennent compléter cette observation.

Autopsie du fœtus.

Ce fœtus, du sexe féminin, bien développé, comme un fœtus à terme, a les membres pelviens dans une demi-flexion; le pied droit adhère par sa face inférieure à la face dorsale du pied gauche; la main gauche est fixée sur la cuisse gauche par des adhérences tellement légères, que de simples mouvemens suffisent pour les détruire.

La cavité thoraco-abdominale est ouverte par la séparation des cartilages costaux de l'extrémité antérieure des côtes gauches et par la déchirure ou plutôt la fonte de la paroi abdominale antérieure.

La peau offre presque partout la consistance du cartilage; sa dureté augmente près des articulations fléchies. Le rachis offre ses diverses pièces bien articulées avec les côtes; les os du crâne, dépouillés en partie de leurs enveloppes fibreuses, sont faiblement unis sur quelques points par des lambeaux flottans de dure-mère et de périoste; la portion écailleuse du temporal et le frontal ont perdu quelques fragmens : ces os sont transparens dans certains points, opaques dans d'autres, ce qui donne, lorsqu'on regarde une lumière à travers, un aspect marbré très prononcé; ils paraissent plus durs, plus épais que des os d'un fœtus du même âge.

Les extrémités cartilagineuses des os longs ont une forme bien conservée, et les cordons ligamenteux, les liens capsulaires destinés à maintenir en place les surfaces articulaires qui n'ont pas changé de connexion, viennent nettement s'implanter au périoste, qui se détache encore facilement de l'os.

Les muscles, dans quelques parties, ont perdu leur couleur naturelle; l'élément musculaire semble avoir disparu, et sa trame cellulaire endurcie se confond avec les organes voisins; les muscles de l'épaule ont gardé une forme et une coloration naturelle; les rapports musculaires sont seulement plus intimes par l'effet du temps et de la pression. Les muscles spinaux, mis à découvert par la destruction de la peau, sont ramollis et semblables à ceux qui ont bouilli.

Les parois de l'estomac, par leur rapprochement, ont presque effacé la cavité de l'organe, et les intestins ont présenté un tube replié, formant un ruban difficile à déplisser; le foie, la rate et le pancréas, noircis et desséchés, occupent leurs places respectives; les uretères aplatis lient les reins durs et noirâtres à la vessie, qui a perdu son caractère d'organe creux, et représente une cloison transversale.

Le cœur ramolli conserve sa forme et offre des cavités faciles à rétablir, mais diminuées par l'affaissement des parois musculaires; les principaux troncs artériels montrent leur calibre normal et leur disposition cylindrique. Les poumons sont durs, desséchés, noircis et raccornis.

Il n'y a aucun vestige de masse nerveuse renfermée dans le crâne; les cordons nerveux, durs, secs et résistans, se reconnaissent au milieu des diverses parties du corps.

L'étendue de cette observation, les détails trop minutieux auxquels j'ai été obligé de donner place, m'empêchent d'ajouter quelques réflexions et sur la cause de cette grossesse extrà-utérine, et sur les chances probables de l'opération qui avait été proposée en 1825. Cependant, je ne puis m'empêcher de dire que la thèse de M. le professeur Lallemand offre une observation de grossesse abdominale, reconnaissant pour cause une frayeur pendant le coït; qu'il a su tirer de ce fait des conséquences précieuses pour la physiologie, que l'observation de Jeanne Duguet vient corroborer.

Je dois faire remarquer aussi que, sans aucun doute, la traction opérée sur l'estomac et le duodénum qui étaient adhérens au sac, par le vide produit par l'issue du fœtus, a occasioné le ptyalisme constant, les vomissemens, et enfin la constriction du pharynx qui empêchait la déglutition.

Enfin, que l'expérience a démontré la sagesse de la décision de la société de médecine, en s'opposant à toute opération. Cette femme a vécu neuf ans depuis cette consultation, et les adhérences intimes du sac avec tous les organes abdominaux, ses rapports, nous prouvent que le vide seul opéré dans le sac aurait produit une perturbation à laquelle la malade n'aurait pu survivre.

LANCETTE DU 18.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Clinique de M. Louis.

Pneumonie double occupant les lobes supérieurs; saignée générale; puis tartre stibié à haute dose; amélioration prompte.

Un ouvrier sellier âgé de cinquante-huit ans, d'une constitution médiocrement forte, habituellement bien portant, n'ayant éprouvé depuis quelques années que quelques légers catarrhes qui ne l'avaient jamais obligé de suspendre ses occupations, fut pris d'une bronchite intense au commencement de décembre 1833. Cette affection dura six semaines, et parut entièrement terminée à cette époque.

Pendant neuf jours, cet homme n'éprouva pas le plus léger malaise; mais au bout de ce temps, sans cause connue, il fut pris subitement d'un frisson qui fut suivi de chaleur et de fièvre; la toux se manifesta de nouveau, plus douloureuse et plus fatigante qu'auparavant. Le malade fut contraint de garder le lit; il n'employa d'autre médication que de la rhubarbe en poudre prise dans quelques cuillerées de soupe.

Le 30 janvier, jour de son entrée à l'hôpital, face jaune paille, intelligence peu développée, décubitus dorsal, respiration médiocrement accélérée, pouls peu accéléré, chaleur de la peau peu élevée. Cette absence de réaction pouvait faire soupçonner l'existence d'une affection chronique. La poitrine fut auscultée avec soin. La région sous-clavieulaire gauche donnait peu de son, et on y entendait de la respiration bronchique. La région scapulaire du même côté fournissait les mêmes signes sthétoscopiques.

A gauche, sous la clavicule, on entendait du râle crépitant et un léger retentissement de la voix. La toux était assez fréquente; elle était suivie d'expectoration, mais les crachats n'avaient pas été conservés. La langue était naturelle, l'épigastre indolent, le ventre bien conformé; constipation depuis quelques jours. *Mauve édulcorée; lavement émollient, saignée le soir, si le pouls se relève.*

Cette saignée fut pratiquée; le sang était couenneux.

Le lendemain, le malade était moins accablé, le pouls s'était un peu relevé, il battait quatre-vingt-

quatre fois par minute ; l'auscultation et la percussion du côté droit fournissaient les mêmes signes. La respiration bronchique s'étendait dans une étendue plus considérable. Le râle crépitant, fin et sec, persistait sous la clavicule gauche. Les crachats étaient rouillés, visqueux, demi-transparens; les voies digestives étaient en bon état; une selle abondante avait été rendue après le lavement. *Tartre stibié, 6 grains dans 6 onces de véhicule.*

Quoique ce malade ne présente pas de douleur de côté, il n'existe, dit M. Louis, aucun doute dans ce cas sur l'existence d'une double pneumonie. L'expectoration de crachats rouillés, visqueux, demi-transparens, suffirait pour le diagnostiquer, si la percussion et l'auscultation ne fournissaient d'ailleurs des signes qui indiquent une phlegmasie des deux lobes supérieurs.

Chez les individus qui ont dépassé cinquante ans, la pneumonie a souvent le siége que nous offre ce malade. Dans la grande majorité des cas, à cet âge, la phlegmasie pulmonaire occupe les lobes supérieurs.

Quoiqu'il en soit, l'ingestion de la potion stibiée a été suivie de huit ou dix évacuations sans coliques, et de quelques vomissemens le premier jour; le lendemain on a augmenté la dose, les vomissemens ont cessé, et le nombre des évacuations a été réduit à quatre. M. Louis a fait observer que le meilleur moyen de triompher de la diarrhée et des vomissemens qui survenaient sous l'influence du tartre stibié, consistait à augmenter la dose du médicament.

Du reste, dès le deuxième jour de l'emploi de cette médication, il y avait une diminution notable des symptômes locaux et des symptômes généraux. Les crachats avaient perdu leur teinte rouillée, ils étaient moitié opaques, moitié striés de sang. Le son était moins mat sous la clavicule droite, et la crépitation moins étendue sous la clavicule gauche; le faciès était meilleur, le pouls, assez développé, battait 76 fois par minute.

Le tartre stibié agit ordinairement d'une manière rapide dans la pneumonie. Si la résolution doit s'effectuer sous son influence, on remarque une diminution des symptômes un ou deux jours après son emploi.

Ainsi, dans les quinze cas de pneumonie traités avec succès par la méthode contre-stimulante dont M. Louis a présenté le résumé l'année dernière, l'amélioration avait été marquée le lendemain ou le surlendemain de l'emploi de cette médication. Chez plusieurs malades la respiration bronchique avait été promptement remplacée par du râle crépitant. Le son devenait moins obscur, et la diminution s'observait dans les symptômes généraux. Aussi, lorsqu'il ne survient pas d'amélioration dans les premiers jours, on doit renoncer à l'emploi du tartre stibié ; c'est ce qui a été fait chez le malade qui va faire le sujet de l'observation suivante.

—

Pneumonie droite; tartre stibié à haute dose; exaspération des symptômes; suspension de la potion stibiée; emploi des préparations scillitiques; amendement rapide.

Au n° 44 de la salle St-Paul, est couché un malade âgé de 60 ans, faiblement constitué, qui, à son entrée, accusait huit jours de maladie. Les signes fournis par l'expectoration, la percussion et l'auscultation du thorax, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une pneumonie de tout le côté droit. Le tartre stibié fut prescrit à la dose de 6 à 8 grains pendant les trois premiers jours de son séjour à l'hôpital. Des déjections et des vomissemens multipliés eurent lieu pendant ce laps de temps. Le malade s'affaissa ; les symptômes locaux, au lieu de s'amender, devenaient de plus en plus intenses. Ainsi, la matité de tout le côté droit du thorax, la respiration bronchique et la bronchophonie, occupaient une plus grande étendue; on entendait, même après les secousses de la toux, un léger râle crépitant, qui semblait indiquer la formation du pus dans le parenchyme pulmonaire, et par conséquent le passage de la pneumonie du deuxième au troisième degré. La langue était couverte de plaques blanchâtres pultacées.

On suspendit le tartre stibié, et on lui substitua l'oxymel scillitique, qui agit à la fois comme tonique et comme expectorant. Deux jours après l'administration de ce médicament, un heureux changement s'est manifesté dans l'état du malade, et cette amélioration a été croissant les jours suivans.

Influence du catarrhe pulmonaire sur la production des tubercules.

C'est à tort qu'on a regardé la bronchite comme une des principales causes des affections tuberculeuses; outre qu'on observe un grand nombre d'individus qui conservent des catarrhes pulmonaires pendant plusieurs années sans qu'il se manifeste chez eux le moindre signe d'affection tuberculeuse, l'observation apprend que ces deux affections ont deux siéges différens. Ainsi, dans le catarrhe pulmonaire, le râle sous-crépitant qui indique l'existence de la phlegmasie des bronches, se fait presque constamment entendre au niveau des lobes inférieurs. L'on sait au contraire que les tubercules affectent presque toujours les lobes supérieurs. Chez deux malades qui sont restés plusieurs mois dans les salles, et qui sont sortis entièrement guéris, nous avons observé du râle sous crépitant, mais il est resté toujours borné à la partie inférieure des poumons. M. Louis a appelé l'attention sur ces faits.

L'existence du râle crépitant dans les deux côtés de la poitrine, fournit encore un moyen de distinguer le catarrhe de la pneumonie. Dans cette dernière affection, lorsque les deux poumons sont affectés, des symptômes généraux plus ou moins graves se manifestent, tandis que dans le catarrhe pulmonaire, il n'est pas rare d'observer du râle sous-crépitant dans les deux côtés de la poitrine, avec une bien faible réaction.

—

OPÉRATIONS DES LITHOTRITIE

Pratiquées avec un brise-pierre à pression et à percussion ;

PAR M. SÉGALAS.

Ce travail que M. Ségalas a lu à l'académie le 4 de ce mois, est très étendu ; il a été renvoyé au comité de publication pour être inséré dans le prochain fascicule des mémoires de la société.

Nous nous bornons à l'analyser.

M. Ségalas commence par rappeler qu'en juin dernier, il a présenté à l'académie, sous le titre de *Brise-pierre à pression et à percussion*, un instrument de lithotritie qui se distingue des autres instrumens du même genre, en ce que, fort simple d'ailleurs, il unit le mode d'action du brise-pierre de M. Jacobson à celui du percuteur courbe de M. Heurteloup, de manière que ces deux actions, savoir : la pression et la percussion, se succèdent *instantanément*, et se prêtent un mutuel secours.

« Dès l'origine de cet instrument, dit M. Ségalas, j'estimai avoir obtenu en lui un moyen puissant et fort commode de broiement des pierres vésicales. Depuis, l'expérience est venue confirmer mon jugement : j'ai souvent fait usage du brise-pierre dont il s'agit, et constamment il a répondu aux espérances que j'en avais conçues. Les malades auxquels je l'ai appliqué sont tous, sans exception aucune, guéris ou en bonne voie de guérison.

« Le volume de la pierre, l'état catarrhal ou paralytique de la vessie, l'âge du malade, l'engorgement de la prostate, la courbure excessive de l'urètre n'ont point apporté d'empêchement à son jeu. Sans lit extraordinaire, sans point fixe, sans appareil accessoire, il a, jusqu'à présent, satisfait, pour moi, à tous les besoins de l'opération.

« Aussi, je préfère aujourd'hui cet instrument à tous ceux qui ont été successivement employés ou proposés pour la division des pierres dans la vessie, notamment à la pince à trois branches, au percuteur courbe, et au brise pierre de M. Jacobson. »

M. Ségalas cite ensuite, à l'appui de son opinion, des faits qui ont eu pour témoins des membres de l'académie ou des médecins bien connus d'elle. Ces faits sont de trois ordres : les uns ont trait à des pierres petites broyées en une séance ; d'autres à des pierres de moyenne grosseur qui ont été détruites en deux ou trois séances ; et les derniers à des pierres très volumineuses et fort dures, ou compliquées du catarrhe de la vessie, de la paralysie de cet organe, de l'engorgement de la prostate, ou de la coarctation de l'urètre, pierres pour l'extraction desquelles il a fallu un plus grand nombre de séances.

Voici ces faits, les uns dans presque tous leurs détails, les autres réduits à ce qu'ils ont de plus important.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Petite pierre chez un enfant de douze ans, broyée en une séance.

En juillet dernier, un enfant calculeux de douze ans fut adressé à M. Ségalas. Cet enfant, fils d'un postillon du Bourget, éprouvait, depuis quelque temps, des envies fréquentes d'uriner, et des douleurs en urinant ; mais était depuis deux jours beaucoup plus souffrant que d'habitude.

A son arrivée chez M. Ségalas il n'urinait plus que goutte à goutte, et avec des efforts inouis ; l'hypogastre était devenu saillant ; il y avait évidemment rétention d'urine presque complète.

L'exploration de l'urètre fit constater la présence d'une pierre dans la partie profonde de ce canal, et juger qu'il serait plus difficile de l'extraire immédiatement que de la faire rentrer dans la vessie, et de l'y broyer ensuite.

En conséquence, M. Ségalas prit un petit brise-pierre, et, le portant sur le corps étranger, il repoussa celui-ci jusques dans la vessie. Cette pratique eut lieu sans peine, à cause, sans doute, de la distension opérée par l'urine sur la partie de l'urètre intermédiaire à la pierre et à la vessie.

Introduit dans cet organe, le brise-pierre fut ouvert sans obstacles, et appliqué à l'instant même sur le corps étranger. Celui-ci fut ensuite divisé par simple pression, et amené en partie au dehors dans les mors de l'instrument. D'autres détritus sortirent après cela avec l'urine, qui jaillit aussitôt après le retrait de la pince.

L'enfant fut plongé dans un bain et invité à boire abondamment ; il fut ainsi conduit à uriner à plusieurs reprises.

Il est résulté de là qu'en moins de deux heures, la vessie a été complètement débarrassée des débris du corps étranger, et que l'enfant a pu se retirer chez lui le soir même, guéri de son affection calculeuse.

M. Ségalas l'a revu quelques jours après ; il était parfaitement bien portant.

Ce fait tend à montrer que la lithotritie est préférable à la taille, même chez les enfans, et que la manœuvre du brise-pierre est aussi facile qu'inoffensive.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Petite pierre chez un vieillard, broyée en une séance.

Cette observation est du même ordre que la première, et prouve pour l'âge avancé, ce que celle-ci a montré pour l'enfance, savoir : que l'application du brise-pierre est une opération facile et peu douloureuse, lorsque la vessie étant saine, la pierre a de petites dimensions.

TROISIÈME OBSERVATION.

Pierre de neuf lignes de diamètre, avec engorgement de la prostate ; en deux séances.

Un directeur de la compagnie du phénix, à Chartres, fut adressé de cette ville à M. Ségalas.

Agé de 61 ans, et sujet depuis long-temps à une

affection herpétique, ce malade éprouvait, depuis six mois, des symptômes de pierre vésicale, tels que des hématuries, de la douleur au col de la vessie, des besoins fréquens d'uriner. Néanmoins le diagnostic présentait de l'obscurité, et le cathétérisme pratiqué le lendemain de son arrivée à Paris, le 12 décembre, ne fit sentir le corps étranger que d'une manière très-vague. On reconnut seulement une vive sensibilité de l'urètre et de la vessie, ainsi qu'un engorgement très-manifeste de la prostate. Il en résultait une courbure fort grande du canal.

Une seconde exploration eut lieu le 14, et une troisième le 20; chacune, prise isolément, eût laissé la plus grande incertitude; mais en réunissant ce qu'elles avaient appris, et ce que le malade avait rapporté, M. Ségalas arriva à admettre, comme presque certaine, l'existence d'un corps étranger. Il proposa la lithotritie pour le 22.

Elle fut faite avec le brise-pierre. Cet instrument fut ouvert d'abord dans plusieurs positions, sans rien saisir; mais le bassin, déjà fort élevé, l'ayant été davantage, la pierre vint se présenter aussitôt. Elle avait neuf lignes de diamètre; elle fut brisée par simple pression. Les fragmens s'offrirent ensuite d'eux-mêmes à l'instrument.

Le résultat de cette opération fut la sortie d'une certaine quantité de poudre; il n'y eut point de fièvre.

La lithotritie a été répétée le 25 avec la plus grande facilité, et n'a donné lieu à aucun écoulement de sang. Le soin d'élever beaucoup le bassin a rendu très-aisée la recherche des plus petits fragmens.

L'exploration de la vessie, faite le 28 décembre et le 2 janvier avec la sonde et le brise-pierre, n'y a fait découvrir rien d'étranger.

Dès le 29, le malade se sentait bien; les urines étaient belles et n'étaient rendues que toutes les trois ou quatre heures; leur excrétion n'était accompagnée ni suivie d'aucune douleur.

Le 4 janvier, elles ont été gardées treize heures.

Tout annonce que la guérison est parfaite.

Cette observation fait apprécier la difficulté qu'on éprouve parfois à sentir la pierre, et l'utilité dont peut être le brise-pierre, soit pour s'assurer de sa présence, soit pour la briser sans accident.

Selon toute probabilité, l'instrument droit eût été inapplicable ici.

On voit aussi combien il est important d'élever le bassin, tant pour l'exploration de la vessie que pour le broiement de la pierre, lorsque, surtout, la prostate est très-volumineuse.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Pierre de dix lignes de diamètre chez un vieillard de 70 ans; lithotritie 48 heures après une attaque d'hémiplégie qui avait duré près de quatre heures; deux séances.

Le sujet de cette observation est un homme de lettres. Elle est remarquable par l'âge du malade, par la circonstance défavorable dans laquelle l'opération a été commencée, et par la promptitude avec laquelle les symptômes de la pierre ont cessé.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Pierre ronde de onze lignes de diamètre, causant des rétentions d'urine fréquentes.

M. Ségalas a été amené à croire que la pierre était ronde et lisse, en tenant compte de la forme des graviers précédemment rendus, de la facilité avec laquelle le calcul échappait à l'instrument, et de l'aspect sous lequel se sont offerts les fragmens produits par le broiement. Il part de ce fait pour établir qu'une pierre ronde et lisse peut être saisie et broyée avec le brise-pierre, quoiqu'avec moins de facilité que celles d'une autre forme.

SIXIÈME OBSERVATION.

Pierre de treize lignes de diamètre, avec catarrhe vésical et rétrécissement spasmodique de l'urètre; trois séances.

Le spasme de l'urètre a été combattu par l'introduction répétée de bougies de cire. L'opération montre d'ailleurs le parti que l'on peut tirer du brise-pierre, alors même qu'il y a catarrhe de vessie, et que l'on se borne à agir par pression.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Calcul de dix-neuf lignes de diamètre, avec cystite aiguë; six séances; action lithotriptique des eaux de Contrexeville.

Un ancien notaire de Château-du-Loir, avait éprouvé, il y a treize ans, des symptômes violens de pierre. Il reçut le conseil de se mettre à l'usage des eaux de Contrexeville. Ce conseil, il le suivait depuis quelques mois, quand il rendit deux fragmens de calcul, de la forme à peu près d'un quartier d'orange, et d'un volume qui semble annoncer que la pierre dont ils se sont détachés avait de 16 à 18 lignes de diamètre.

D'autres fragmens plus petits furent rejetés ensuite. Les accidens se dissipèrent peu à peu, et bientôt tout traitement fut abandonné.

Les symptômes de la pierre ont reparu quelques années après avec une nouvelle intensité, et ont persisté depuis, malgré l'usage des eaux de Contrexeville, et un régime approprié. Ils offraient seulement plus ou moins d'amendement selon que ce régime était plus ou moins sévèrement observé.

Enfin, au mois de juillet dernier, venu à Paris pour un double objet, pour des affaires, et pour consulter sur sa santé, M.... voulut d'abord s'occuper des premières. Il fit, en conséquence, beaucoup de courses, tant à pied qu'en voiture, et se trouva bientôt avec la fièvre et une cystite aiguë.

M. le professeur Chomel combattit d'abord l'une et l'autre par les antiphlogistiques, et ensuite, rattachant, comme de raison, l'inflammation de la vessie à la présence de la pierre, il confia le traitement de celle-ci à M. Ségalas.

L'exploration fit constater l'existence d'une pierre

volumineuse, et reconnaître que la vessie, très-sensible d'ailleurs, était fortement revenue sur elle-même. Le malade urinait toutes les dix minutes; il éprouvait des douleurs vives à chaque excrétion. Néanmoins, trois jours après cet examen, le 19 juillet au matin, voyant que les moyens médicaux n'amenaient point d'amélioration bien sensible dans l'état du malade, et le sachant impatient de recourir à la lithotritie, M. Ségalas présenta son brise-pierre.

L'instrument pénétra facilement dans la vessie, et y saisit le corps étranger du premier coup et sans beaucoup de douleur, encore qu'il eût dix-neuf lignes de diamètre, et que la vessie eût reçu très-peu d'eau.

Le broiement se fit sans peine par simple pression. Les détritus sortirent, partie immédiatement, partie le soir et le lendemain.

Cette opération n'ajouta rien à l'irritation de la vessie; au contraire, les urines furent bientôt conservées plus long-temps et rendues en plus grande quantité à la fois, sans doute à cause de l'emploi simultané de beaucoup de moyens calmans, tels que la diète absolue, les grands bains, les lavemens et les boissons mucilagineuses.

Le broiement fut répété dans plusieurs autres séances successives, toutes aussi fructueuses que la première.

L'une d'elles eut lieu à l'insu des médecins, le lendemain d'un accès de fièvre qui avait été provoqué, selon toute apparence, par un écart de régime, et que le malade, pour éviter tout retard dans le traitement, avait jugé convenable de leur cacher.

L'irritation de la vessie s'est dissipée graduellement dans le cours du traitement, et à la fin de celui-ci, les urines étaient gardées cinq à six heures de suite...

La pierre brisée parut composée de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Ce fait est digne de remarque sous plusieurs rapports; d'abord, parce que malgré le volume de la pierre, il a été possible de commencer la lithotritie pendant que la vessie était encore enflammée, alors que les besoins d'uriner se faisaient sentir de dix en dix minutes; ensuite, parce que cette inflammation, au lieu d'augmenter par l'action des instrumens, a baissé et disparu pendant leur application; enfin parce que l'usage des eaux de Contrexeville a eu un résultat extraordinaire; savoir, l'expulsion de gros fragmens de pierre.

Vu sous ce dernier rapport surtout, ce fait est à noter. Il prouve que l'existence des lithontriptiques n'est pas tout-à-fait chimérique, et que si, dans la plupart des cas de pierre, on fait mieux aujourd'hui de s'adresser aux moyens mécaniques, on peut encore, dans quelques circonstances, faire, avec des chances de succès, usage d'agens chimiques, et particulièrement de certaines eaux minérales.

—

LANCETTE DU 20.

—

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de MM. Rayer et Delmas.

Observations de paralysie saturnine recueillies par M. le docteur Tanquerel Des Planches.

Paralysie du deltoïde, de la cuisse, de la jambe et du pied; aphonie. Traitement de la Charité; emploi de frictions, de strychnine et de bains sulfureux. Guérison.

Hurel, âgé de 33 ans, d'une constitution un peu grêle quoique habituellement bien portant, travaillait depuis trois ans à une manufacture de blanc de céruse, lorsque dans les premiers jours de juin il fut pris, pour la première fois, des symptômes de la colique de plomb. Cet homme, tourmenté par sa nouvelle maladie qu'il ne put guérir par un traitement émollient que lui conseilla un médecin, vint, le 10 juin 1833, à la Charité, où il fut placé dans la salle Saint-Jean, n° 17. M. Delmas, chargé du service de M. Rullier, essaya sur ce malade l'emploi de la limonade sulfurique, à laquelle il joignit des potions et des lavemens purgatifs. La colique, qui n'était pas très-forte, disparut peu à peu sous l'influence de ce traitement; les membres inférieurs qui étaient affectés de cruelles douleurs, et les membres supérieurs qui en éprouvaient de très-légères, furent les uns et les autres bientôt délivrés de cette exaltation de la sensibilité.

Le 20, le malade, bien guéri, se disposait à quitter le lendemain l'hôpital, lorsque, dans la nuit du 20 au 21, en se réveillant, il sent tout à coup ses bras et ses cuisses engourdis, pesans et douloureux; ces symptômes font de rapides progrès le 21 et le 22.

Le 23, la colique est revenue; un ictère très-prononcé s'est développé sur tout le corps; le malade est couché sur le dos, immobile dans son lit. Malgré tous les efforts de sa volonté, il ne peut élever les bras, qui restent appliqués contre sa poitrine. L'immobilité des fibres musculaires du deltoïde est remarquable au milieu des mouvemens en sens divers des parties charnues environnantes. Tous les autres mouvemens des membres supérieurs sont lents, faibles et difficiles, mais non impossibles. L'avant-bras, le poignet et les doigts sont situés dans leur position ordinaire. La paralysie est aussi forte à droite qu'à gauche; de chaque côté la cuisse est légèrement inclinée sur le bassin, par suite de la demi-flexion de la jambe sur la cuisse, déterminée par la paralysie des muscles triceps et crural antérieur et de la contraction permanente de leurs muscles antagonistes. Le pied immobile est dans une position intermédiaire à la flexion et l'extension, parce que les muscles soléaire, jumeaux et extenseurs des orteils sont paralysés; ses mouvemens d'adduction et d'abduction sont faibles; ils ne peuvent plus s'effectuer dans le sens de la flexion, les muscles jambier antérieur et petit péronier étant paralysés;

les orteils sont fortement fléchis sur la plante du pied, et ne peuvent être étendus sur lui; leurs muscles extenseurs sont donc paralysés, et leurs fléchisseurs habituellement contractés. Les mouvemens d'abduction et d'adduction des orteils sont nuls, par suite de l'impuissance des muscles interosseux. Tous les autres mouvemens du membre abdominal sont libres. La station, et à plus forte raison la marche, est impossible. Quand on veut forcer le malade à se tenir debout, la cuisse se fléchit sur la jambe, la jambe sur le pied; et il tombe par terre; la face plantaire du pied est concave.

Le malade éprouve dans les parties paralysées des douleurs tantôt lancinantes, tantôt contusives, qui augmentent par les mouvemens et la pression; le pouls est faible, lent, un peu irrégulier, et la voix presque éteinte. M. Dalmas prescrit le premier jour, le *traitement de la Charité*.

Le 24, la colique a beaucoup diminué, mais la paralysie reste toujours la même.

Le 25, le 26 et le 27, on donne successivement les diverses préparations du traitement de la Charité; la colique cesse, mais la paralysie semble au contraire augmenter. Les parties malades maigrissent à vue d'œil, et surtout le moignon des épaules; le deltoïde paraît presque entièrement détruit le 2 juillet; la peau qui le recouvre est flasque, mollasse, et trop étendue pour les parties qu'elle revêt. La partie antérieure des cuisses et les mollets s'atrophient bien vite aussi.

Le 3 juillet, on reprend le traitement de la Charité; pendant cette médication, les mouvemens des bras, des avant-bras et des mains veulent reprendre leur force et leur assurance accoutumées; mais le moignon des épaules et les membres inférieurs restent toujours dans le même état.

Le 9 juillet, M. Dalmas prescrit, pour la troisième fois, le traitement de la Charité; sous son influence, le pied, la jambe et la cuisse commencent à recouvrer leurs mouvemens perdus.

Le 16, un bain sulfureux est ordonné; on y transporte le malade sur un brancard; ce bain a donné lieu à la formation d'une quantité énorme de sulfure de plomb, qui s'est déposée principalement sur les cuisses; au dire du malade, il produit une notable amélioration dans la paralysie des membres abdominaux. On continue l'usage de bains sulfureux.

Le 22 juillet, après trois traitemens de la Charité et quatre bains sulfureux, la paralysie des pieds et des jambes est presque complètement dissipée; la station est possible, et le malade marche un peu à jambe raide, en traînant le pied. Continuation des bains sulfureux.

Le 28, la paralysie de la cuisse a beaucoup diminué; et le 1er août, le malade ne ressent plus que de la faiblesse dans les membres abdominaux; mais la paralysie du deltoïde reste toujours la même.

Le 2 août, on associe aux bains sulfureux des frictions avec le liniment cantharidé, qu'on pratique sur les régions deltoïdiennes. Le malade éprouve le lendemain un peu de démangeaison et de fourmillement à la région vésicale; au bout de trois jours, on supprime ce liniment, qui ne produit aucune amélioration, et on le remplace par l'alcohol camphré, qu'on donne toujours en frictions.

Le 6 août, le malade put élever le bras au point de porter sa main à sa tête; enfin la paralysie du deltoïde, traitée par les bains sulfureux et les frictions, ne pouvant se guérir totalement, M. Dalmas eut recours à l'emploi de la strychnine; des vésicatoires furent posés sur chaque deltoïde, et un demi-grain d'alcali dut être apposé sur l'un des vésicatoires. Le pansement étant toujours mal fait, et ne produisant point par conséquent les effets désirés, le médecin donna la strychnine à la dose d'un demi-grain en pilules et par jour. Dix jours de ce traitement suffirent pour guérir la paralysie du deltoïde. A sa sortie de l'hôpital, le malade ressentait encore de la faiblesse dans les mouvemens de ce muscle, qui étaient un peu lents.

OPÉRATIONS DE LITHOTRITIE

Pratiquées avec un brise-pierre à pression et à percussion;

PAR M. SÉGALAS.

(Suite du numéro précédent.)

HUITIÈME OBSERVATION.

Calcul de 21 lignes de diamètre, avec paralysie incomplète de la vessie et catarrhe de cet organe; six séances.

.... Une fois que le diagnostic fut établi, dans le cas dont il s'agit, il fut décidé dans une consultation avec M. Baron, médecin ordinaire du malade, que, sous le prétexte d'un nouvel examen, il serait procédé à une tentative de lithotritie, la pusillanimité du malade commandant cette précaution.

Ce projet fut mis à exécution le lendemain sur une chaise longue, dans le salon du malade : redoutant une opération, et jugeant que les sollicitations pour le faire coucher tendaient à ce but, il s'était refusé à quitter le lieu qu'il occupait.

La certitude de trouver la vessie pleine, dispensait de toute injection préliminaire, et par conséquent, de toute introduction de sonde. M. Ségalas prit donc de prime-abord le brise-pierre à pression et à percussion, avec le soin de le dépouiller de son volant, afin de lui donner plus de ressemblance avec une sonde.

Introduire l'instrument, l'ouvrir, saisir la pierre, reconnaître qu'elle avait 21 lignes de diamètre, appliquer le volant, le faire agir, et opérer ainsi une première division du corps étranger, furent l'affaire d'un minute. Le malade n'exprima aucune douleur, et bientôt, interrogé par la famille sur ce qu'il éprouvait, et informé par M. Baron de ce qu'on venait de faire, il répondit : « Je n'ai point souffert, je suis prêt à recommencer. »

M. Ségalas profita en effet de cette bonne disposition; une nouvelle application du brise-pierre fut faite immédiatement. Elle fut aussi facile et aussi heureuse que la première. La pierre se montrait fria-

ble. On s'assura depuis qu'elle était composée en grande partie de phosphate de chaux concrété sur un noyau d'acide urique.

La journée se passa assez bien; il sortit quelques fragmens de pierre, mais les urines furent sanguinolentes, et cet incident assez naturel, mais qui ne s'est pas reproduit, effraya beaucoup le malade. On s'empressa de faire des injections émollientes dans la vessie, à l'aide d'une sonde de gomme élastique; elles eurent pour effet de faire sortir de nouveaux fragmens et beaucoup de poudre grossière.

Dès le soir, les urines avaient repris leur couleur naturelle, et, ce qui est à noter, encore que cela soit assez ordinaire après la lithotritie, elles charrièrent beaucoup moins de mucus.

Plusieurs autres séances ont achevé de débarrasser complètement la vessie du corps étranger, et la santé s'est parfaitement rétablie.

Ainsi, le volume de la pierre, le catarrhe de la vessie, la paralysie partielle de cet organe, n'ont point apporté d'obstacle, ni même de retard bien notable à la guérison d'un vieillard de soixante-quinze ans. Il est à remarquer que, dès la première séance, l'opération était si peu douloureuse que le malade ne s'est point douté qu'on la fit; que l'écrasement de la pierre a été pratiqué pendant qu'il croyait avoir dans la vessie une sonde destinée à la vider.

On voit par cette observation que dans le cas de faiblesse ou de paralysie de la vessie, les injections faites dans cet organe avec une sonde de gomme élastique, sont un moyen suffisant et inoffensif d'amener au-dehors la poudre et les petits fragmens de calculs; but qui est mal atteint par la sonde à double courant; celle-ci expose en outre à irriter les parties dans lesquelles on la porte, ainsi que celles qui sont en rapport de sympathie avec elles.

Neuvième observation.

Pierre de 22 lignes de diamètre, avec rétrécissement organique de l'urètre; neuf séances; action manifeste du bi-carbonate de soude sur des graviers d'acide urique.

M. le comte de..., a éprouvé, il y a environ vingt-trois ans, quelques indices d'une affection graveleuse. Combattue d'abord avec succès par le régime végétal et par les eaux de Contrexeville, cette maladie reparut ensuite sous l'influence d'une affection morale, et continua à se montrer de temps, en temps sans que le malade, qui n'en souffrait pas, s'occupât en aucune manière de son traitement.

Enfin, au mois de septembre 1829, comprenant la nécessité de détruire ce germe d'une maladie redoutable, M. le comte de..... consulta un membre de l'académie, M. le docteur Lemazurier.

Les graviers rendus étaient évidemment composés d'acide urique; l'usage du bi-carbonate de soude était indiqué; il fut ordonné.

Dès les premières prises, les graviers présentèrent un autre caractère; ils passèrent successivement de la couleur rouge foncée à une teinte pâle. M. Ségalas a vu trois de ces graviers; il y en a deux qui semblent avoir été attaqués directement par l'agent chimique: une partie de leur surface est dépolie; dans l'un, le dernier sorti, cette altération est très remarquable; c'est comme si l'on avait, avec une rugine, enlevé une large zône de la couche externe.

Quoi qu'il en soit, le malade ne voyant plus de graviers, ni même de sable dans ses urines, se crut guéri, et se borna à combattre par le régime et des boissons calmantes, l'irritation qu'il éprouvait dans la vessie, et qu'il attribuait à un catarrhe simple de cet organe.

Cependant au mois de mai dernier, la continuation de cet état et la crainte de le voir s'aggraver, déterminèrent M. de ..... à s'en occuper de nouveau. C'est alors que M. Lemazurier l'ayant adressé à M. Ségalas, celui-ci fut amené à pratiquer le cathétérisme. Une petite sonde d'argent introduite de prime-abord dans la vessie, y fit reconnaître à l'instant même la présence d'une pierre.

Quelques jours après, on constata l'existence d'un rétrécissement organique de l'urètre, situé à trois pouces du méat urinaire. Il fut attaqué successivement par la cautérisation et la dilatation, et dès qu'il eût un peu cédé, M. Ségalas porta une pince à trois branches dans la vessie, afin d'agir sur le corps étranger: celui-ci ne fut pas saisi.

Une semaine plus tard, une pince du même ordre, mais plus forte, et un brise-pierre de grandes dimensions, furent présentés vainement: un reste de rétrécissement s'opposa à leur passage.

Enfin le 17 juillet, un brise-pierre de moyenne grosseur fut introduit sans peine dans la vessie, puis ouvert et appliqué du premier coup sur le corps étranger; celui-ci annonçait 22 lignes de diamètre; il fut divisé avec la plus grande facilité. Il sortit une certaine quantité de détritus dans ce même jour, ainsi que les jours suivans, et cette première séance de lithotritie ne fut suivie d'aucun accident.

La seconde eut un résultat immédiat plus heureux encore. Enfin, au bout de plusieurs autres séances, le malade fut totalement débarrassé de sa pierre. La santé générale est fort bonne d'ailleurs; le canal a repris sa largeur et sa souplesse naturelles; la vessie se vide complètement, et les urines sont fort belles.

On remarquera que la transition de l'état de malaise à l'état de santé, s'est opérée d'une façon subite et complète, sitôt après la sortie des derniers détritus.

Ici, le rétrécissement de l'urètre, l'un des plus rebelles que M. Ségalas ait eu occasion de traiter, n'eût permis que difficilement l'introduction répété d'un lithotriteur droit, de fort diamètre; et l'on a vu qu'un instrument plus petit n'a pas pu embrasser la pierre.

Au contraire, un brise-pierre de deux lignes et demie a agi avec succès.

L'action évidente du bi-carbonate de soude sur des graviers d'acide urique, est encore un fait à noter.

—

DIXIÈME OBSERVATION.

Calcul très dur, de 23 lignes de diamètre, avec rétrécissement de l'urètre; engorgement de la prostate, et catarrhe de la vessie chez un vieillard de 70 ans; douze séances.

Le fait dont il s'agit a eu pour témoins M. le docteur Jolly, médecin ordinaire du malade, et MM. les docteurs Thillaye et Bossion, de Paris; Pihorel, de Rouen; et Bossion, de Beaumont.

Cette observation est remarquable par le grand volume de la pierre, par sa dureté, par la promptitude avec laquelle le canal, accidentellement rétréci, a repris sa largeur naturelle; par l'impossibilité d'introduire un lithotriteur droit; par la facilité avec laquelle le brise-pierre a pénétré, malgré l'engorgement très manifeste de la prostate, et par le succès complet de l'opération, ainsi que par l'âge du malade et par la guérison des affections qui compliquaient la maladie principale.

M. Ségalas pense qu'on peut conclure de ces faits :

1° Que le brise-pierre à pression et à percussion est un bon instrument, puisque les malades auxquels il a été appliqué sont tous guéris, malgré l'âge avancé de plusieurs d'entr'eux, malgré le fort volume et la grande dureté de quelques pierres, malgré la paralysie de la vessie et d'autres complications plus ou ou moins graves;

2° Que cet instrument fatigue bien peu la vessie, puisque son application, loin de produire des cystites et d'ajouter au catarrhe causé par la pierre, a toujours été suivi de la diminution graduelle de celui-ci;

3° Qu'il est applicable aux malades dont l'urètre est très courbe, et la prostate engorgée, et que, sous ce rapport, il a un avantage évident sur les instrumens droits, notamment sur la pince à trois branches;

4° Qu'il peut, sans aucun appareil accessoire, briser des pierres très volumineuses et très dures, et qu'en conséquence, il a, sur la pince à trois branches, et sur le percuteur courbe de M. Heurteloup, l'avantage d'exposer moins à affecter le moral du malade, et d'être d'une manœuvre plus simple, plus facile, plus sûre, plus prompte;

5° Qu'il a, ainsi que le brise-pierre de M. Jacobson, la faculté de diviser par simple pression, les pierres de petite et moyenne dimensions, et, de plus que lui, la possibilité d'opérer de la même manière sur les pierres volumineuses; comme aussi de vaincre, par sa double action, des pierres qui sont tout-à la fois très dures et très grosses.

LANCETTE DU d2.

HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION D'ALGER.

SERVICE DE M. BAUDENS, PROFESSEUR ET CHIRURGIEN-MAJOR.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Plaies du crâne avec entamure profonde du tissu osseux, déterminées par huit coups de yatagan, compliquées d'un coup de feu dans la région abdominale, avec perforation de l'estomac et fistule de ce viscère.

T..., grenadier au 67e régiment de ligne, faisait partie d'une expédition militaire dirigée, le 4 septembre 1833, contre une tribu hostile appelée les Adjoutes. Aventureux et téméraire comme tous nos soldats, il s'écarta de la colonne pour courir après un bœuf dont il voulait faire sa proie, quand, tombant inopinément au milieu d'un groupe d'Arabes embusqués dans un ravin, il reçut à bout portant une balle qui, entrée au centre de l'épigastre, ressortit dans la partie moyenne du flanc gauche.

T... resta sur le sol, sans connaissance, jusqu'au moment où un détachement français vola à son secours, et fit lâcher prise aux Kabayls, qui le croyant mort, n'exerçaient pas moins leur fureur sur son cadavre, dont ils frappaient la tête à coups de yatagan. Ce grenadier aurait péri d'hémorrhagie si une forte syncope n'eût tari la source du sang; mais si cet état de mort apparente lui avait sauvé la vie, elle allait devenir cause d'une fatale erreur; car déjà on se préparait à livrer à la terre ses restes sanglans, quand l'examen de la région précordiale fit entendre quelques battemens obscurs.

Ce militaire fut transporté à Coleha, petite ville située à quinze lieues d'Alger, et à l'ouest, dans la plaine de Mattigah. La syncope dura six heures; le réveil s'annonça par des vomissemens de sang qui firent croire que l'estomac avait été lésé par la balle. Des 8 coups de yatagan reçus sur la tête, sept s'étendaient parallèlement de haut en bas, depuis le synciput jusqu'à la nuque.

De petites esquilles furent extraites de chacune de ces plaies, dont le fond laissait à nu la pulpe cérébrale. La huitième coup de yatagan divisait la peau du front, surtout à droite, de haut en bas, et formait un lambeau étendu de la racine des cheveux jusqu'à la bosse nasale, dont la lame osseuse externe était enlevée.

Ce large lambeau, renversé vers sa base, se rabattait sur l'œil droit, qu'il masquait entièrement.

On rasa le cuir chevelu et on réunit toutes les plaies par première intention à l'aide de bandelettes agglutiratives.

La colonne expéditionnaire quitta Coleah, et ne devant retourner à Alger, que huit jours plus tard, elle confia aux habitans de cette ville le soin de ramener ce blessé, en échange duquel nous avions pris six ôtages qui répondaient de ses jours sur leur tête. Quarante-huit heures plus tard, des habitans de Coleah nous livrèrent sain et sauf ce militaire, au-

quel, chemin faisant, ils avaient plus d'une fois fait un rempart de leurs corps, contre les attaques des Kabayls.

Depuis l'époque de sa blessure, T... n'a bu encore que de l'eau pure; il a eu des vomissemens sanguinolens pendant deux jours.

L'épigastre est chaud, douloureux à la pression, l'entrée de la balle par le centre épigastrique donnait issue à des humidités qui proviennent évidemment de l'estomac, car elles augmentent avec l'ingestion des boissons, et offrent la coloration de ces dernières. La plaie de sortie du projectile, située dans le flanc, est en voie de cicatrisation. Pour ne plus revenir sur cette fistule si remarquable, disons qu'en vingt jours elle disparut entièrement sous l'influence de la compression et de la cautérisation par le nitrate d'argent, aidées des saignées générales et locales, de boissons gommeuses prises en petite quantité.

Aux symptômes précités se joignent les suivans : soif vive, langue rouge et sèche, pouls fréquent, peau brûlante, cuir chevelu tuméfié, très douloureux; pus abondant, sanieux, s'échappant de huit plaies du crâne, et entraînant au-dehors quelques parcelles d'os détachées.

Agitation continuelle avec délire intermittent.

Le lambeau cutané de la région frontale renversé sur l'œil droit, avait contracté des adhérences solides que je détruisis.

L'os frontal entamé donnait issue à l'air provenant des fosses nasales. Je fixai le lambeau par trois points de suture, et je fis à sa base une ouverture pour l'écoulement de la suppuration. A l'aide de bandelettes de sparadrap, je réunis les lèvres des solutions de continuité, puis j'exerçai une compression large et circulaire à la base du crâne, pour prévenir le décollement du cuir chevelu et les fusées purulentes. J'appliquai une compresse fenêtrée, de la charpie et le bandage de Gallien, que je fis souvent arroser avec une décoction émolliente froide, tandis que je désemplissais le système sanguin à l'aide d'une saignée générale et de deux cent cinquante sangsues appliquées durant les vingt-quatre premières heures, tant à la base du crâne qu'à l'épigastre.

Le lendemain mieux prononcé; les huit fractures du crâne sont mobiles dans plusieurs endroits, au point que le malade dit sentir sa tête craquer, par le chevauchement des pièces osseuses, chaque fois qu'il fait un mouvement; les saignées générales et locales furent continuées pendant dix jours, pour conjurer divers orages et la récrudescence de l'inflammation, pendant lesquels nous avons souvent désespéré de la vie de ce blessé.

Six saignées générales, cinq cents sangsues, les moyens diététiques, quelques grains de sulfate de quinine pour combattre des mouvemens fébriles intermittens, dont la résorption purulente semblait la cause : telle a été la base du traitement.

Trois plaies, quoique fermées dans les sept huitièmes de leur étendue, ont fourni de la suppuration pendant deux mois. La plaie du sinus frontal s'est oblitérée au quarantième jour.

Le malade est sorti de l'hôpital, après deux mois de séjour, parfaitement guéri, ne conservant aucun trouble des facultés intellectuelles.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Perforation du sinus maxillaire par une balle; fistule aérienne; guérison.

J..., fusilier au 59e régiment, reçut, à Bougie, le 11 octobre 1833, une balle dont l'entrée, située immédiatement en avant du conduit auditif externe du côté droit, avait sa sortie au milieu de la lèvre supérieure. Ce militaire, pansé simplement, offrit douze jours plus tard les phénomènes suivans à mon examen.

Tuméfaction considérable avec chaleur du côté droit de la face; cicatrice de la plaie de sortie du projectile, fistule aérienne avec issue de pus par la plaie d'entrée; ébranlement de l'arcade dentaire supérieure, impossibilité de broyer les alimens solides.

J'introduisis assez facilement une sonde de femme dans le trajet de la balle; j'arrivai dans le sinus maxillaire, puis immédiatement derrière la cicatrice de la lèvre supérieure, où je sentis de petites esquilles. La division de cette cicatrice par le bistouri provoqua l'issue d'une grande abondance de pus; je retirai trois esquilles et je maintins la plaie ouverte par une mèche de charpie. Le dégorgement s'opéra progressivement, et deux mois plus tard la fistule aérienne avait disparu, et une cicatrice solide la remplaçait.

TROISIÈME OBSERVATION.

Perforation de la vessie et des os iliaques, par une balle; fistule urinaire située dans la région de la fesse droite; guérison.

Le 12 octobre 1833, lors de la prise d'un marabout couronnant les hauteurs qui dominent Bougie, le nommé A..., fusilier au 59e régiment, âgé de 24 ans, et de bonne constitution, fut atteint par une balle dont l'entrée siégeait dans la région fessière du côté droit, un demi-pouce environ au-dessus de la cavité cotyloïde, et l'ouverture de sortie dans la fesse gauche, au point presque diamétralement opposé, seulement un peu plus en arrière; les os des îles et les faces latérales de la vessie actuellement distendue par l'urine, perforés de part en part, ont donné lieu à une fistule urinaire par l'ouverture d'entrée du projectile.

Ce militaire fut évacué sur Alger, où je le reçus le 20 octobre; largement ouvert, le trajet fistuleux est tapissé d'une fausse membrane qui permet au doigt de l'explorer avec facilité, et d'extraire quelques petites esquilles détachées de la fracture circulaire de l'iléon. La plaie de sortie, couverte de bourgeons, fournit de la suppuration épaisse sans jamais avoir donné issue à de l'urine, bien qu'elle soit située sur un plan plus déclive que celle du côté opposé, ce qu'explique très-bien la position diffé-

rente des fibres musculaires à l'entrée et à la sortie du projectile.

L'introduction d'une sonde dans le canal de l'urètre pour rétablir le cours naturel du liquide sécrété par les reins, ayant occasioné un mouvement fébrile avec irritation gastro-intestinale, qu'il fallut combattre par des saignées locales, je la retirai après vingt-quatre heures, pour ne plus la replacer, d'autant plus volontiers qu'elle ne s'opposait nullement à son issue par la plaie. Peu à peu le trajet fistuleux se rétrécit, les humidités qu'il fournissait entraînèrent au dehors deux petites esquilles; l'urine sortit encore pendant trente jours par la plaie et par l'urètre à la fois, après lesquels elle reprit, en totalité, sa voie naturelle.

Cette fistule, comme on le voit, s'est établie et guérie par les seules forces de la nature, dont les efforts salutaires ont été un instant arrêtés par l'introduction de la sonde.

Ce fait dépose contre l'opinion des chirurgiens qui pensent que les fistules urinaires ne peuvent guérir sans la présence d'une sonde dans le canal de l'urètre, et ne tiennent pas assez compte des accidens que ce corps étranger fait naître.

On se convaincra de la vérité de notre assertion, en songeant que, malgré tous les soins possibles et la précaution de ne laisser, dans les premiers temps, la sonde que peu d'instans dans le canal des sujets qu'on soumet à la dilatation, il est presqu'impossible d'éviter les phénomènes d'irritation sympathique, qu'il faut combattre par les saignées.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de MM. Rayer et Dalmas.

Observations de paralysie saturnine recueillies par M. le docteur Tanquerel Des Planches.

(Suite du numéro précédent.)

Paralysie des membres supérieurs; aphonie; bégaiement. — Emploi de la strychnine et des bains sulfureux. — Guérison.

Gavel, âgé de 40 ans, faible et nerveux, charpentier depuis trois ans dans une fabrique de blanc de céruse, est parfois employé à *empoter* la céruse. Cet homme est sobre; il a eu cinq coliques de plomb dont les dernières furent guéries avec succès par M. Rayer, au moyen de l'huile de croton-tiglium, et des lavemens purgatifs des peintres. Il y a un an, Gavel ressentit tout-à-coup des douleurs légères et contusives dans les bras, des fourmillemens à la plante des pieds, surtout pendant la marche et la nuit; ces accidens se transformèrent bientôt en douleurs assez vives avec engourdissement; insomnie, vertiges, agitation, terreurs soudaines, réveils en sursaut; perte de la mémoire, trouble de l'intelligence; perte de force dans les membres supérieurs; les poignets et les doigts se fléchissent un peu; ces phénomènes allèrent en augmentant jusques au 10 janvier 1833; alors paralysie très douloureuse des membres supérieurs.

A son entrée à l'hôpital le 25 janvier, les membres supérieurs sont pendans comme des masses inertes le long du tronc auquel ils semblent collés. Après des efforts inouis, le malade parvient, en contractant les muscles pectoraux, à diriger la face dorsale des mains l'une vers l'autre, ou, à l'aide des muscles grands dorsaux, à les porter en arrière.

Les muscles des épaules, du bras, de l'avant-bras et de la main, sont complètement immobiles; le trapèze seul conserve un peu de son action; le coude, le poignet et les doigts sont dans une légère flexion. L'avant-bras et la main sont placés de champ.

Douleurs contusives dans les membres; quand on lui comprime les chairs, le malade s'écrie qu'on lui ronge la moelle des os. Pas de douleur le long de la colonne vertébrale. Le tact est bien conservé. Les membres paralysés sont atrophiés; le tégumens jaunâtres, terreux; les muscles flasques; la graisse a disparu; les mains bleuâtres et infiltrées; voix efféminée, parole embarrassée; pouls à peine sensible et très lent; haleine fétide. *Vésicatoire sur la face palmaire de chaque avant-bras, saupoudré de 1/4 de grain de strychnine,* puis bains sulfureux sans avantage: on les supprima. Alors *strychnine à l'intérieur* à la dose de 1/4 de grain. Secousses vives dans les membres supérieurs et inférieurs, à la nuque et dans les mâchoires.

Au bout de huit jours les douleurs disparurent; il y avait quelques mouvemens dans les épaules; la strychnine fut portée à 2/3 de grain. Secousses très violentes, augmentation prononcée de l'énergie musculaire. On revient alors aux vésicatoires saupoudrés de strychnine; l'amélioration continue. On donne la strychnine dans une potion gommeuse; la paralysie diminue; le malade commence à manger, à s'habiller seul; il devient bien plus sensible à une dose moindre de strychnine; vers la fin d'avril on ajoute à la strychnine et aux bains sulfureux, des douches d'eau ordinaire.

Le 28 mai, sortie; les mouvemens de supination sont libres; les poignets sont encore inclinés à angle obtus sur l'avant-bras; les doigts sont demi-fléchis comme dans l'état normal; on peut les étendre et les écarter. L'embonpoint est revenu en partie; l'aphonie et le bégaiement ont disparu; la face est vermeille, le pouls assez fort, la chaleur normale; tout annonce la guérison de la paralysie.

Mémoire sur le mécanisme des bruits du cœur lu par M. Magendie, dans la séance du 3 février de l'Institut (analyse.)

Dans l'état ordinaire de la santé, le cœur fait entendre des bruits particuliers qui ne sont perceptibles qu'à l'oreille appliquée médiatement ou immédiatement sur la poitrine.

C'est à Laënnec qu'on doit d'avoir attiré l'attention des médecins sur ces bruits dont l'appréciation forme

aujourd'hui un élément indispensable dans l'art du diagnostic. Cet habile observateur, en effet, ne s'est pas borné à décrire les bruits que le cœur produit à l'état sain. Il a indiqué plusieurs phénomènes de ce genre qui appartiennent à l'état pathologique, et ses nombreuses remarques à cet égard ont créé une branche nouvelle de semeïologie.

M. Laënnec a cherché à donner une explication physiologique du phénomène qu'il avait étudié avec tant de succès sous le rapport des applications pratiques; mais dans cette partie de son travail, il n'a pas été également heureux : son explication a été réfutée par plusieurs médecins qui, eux-mêmes, n'en ont pas présenté jusqu'à présent de complètement satisfaisantes.

L'explication proposée par Laënnec est fondée, non sur des observations directes, mais sur des déductions tirées du temps et du lieu où sont produits plus spécialement chacun des deux bruits propres au cœur. L'un sourd, profond, se développe du côté gauche de la poitrine, à la hauteur du cartilage de la cinquième ou sixième côte; il précède de fort peu le battement du cœur; Laënnec en conclut que ce bruit était produit par la contraction du ventricule, à l'instant où le sang est chassé dans les artères aorte et pulmonaire.

Le second bruit du cœur, clair, brusque, analogue au claquement de la soupape d'un soufflet, succède presque immédiatement au premier; il semble naître derrière la partie inférieure droite du sternum; Laennec le rapporte à la contraction des oreillettes. Quant à la source même de ces deux sons, il l'attribuait à des vibrations sonores qui se développeraient dans les fibres musculaires au moment de leur contraction.

Le professeur Turner inséra, dans le tome III des *Transactions de la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg*, un mémoire destiné à établir que le second bruit du cœur ne pouvait être attribué à la cause assignée par Laënnec; ces preuves, tirées de l'examen attentif du pouls veineux des jugulaires, détruisaient bien l'hypothèse du savant médecin français, mais elles ne conduisaient à aucune autre. En 1830, le docteur Hope établit par des expériences :

1° Que la contraction des oreillettes précède le premier bruit du cœur.

2° Que cette contraction n'est accompagnée d'aucun bruit.

3° Enfin que la dilatation du second bruit du cœur coïncide avec la dilatation des ventricules.

Toutes ces conclusions négatives étaient le résultat d'expériences bien faites; quant à l'explication que leur auteur voulut substituer à celle qu'il venait de ruiner, il la chercha dans son imagination, et sa théorie fut que les bruits résultent du déplacement subit qu'éprouve le sang, soit pour entrer dans les ventricules, soit pour en sortir; mais il n'en donna et n'en pouvait donner aucune preuve.

Depuis la publication du livre de M. Hope, d'autres idées ont été émises; ainsi les bruits ont été attribués à l'ébranlement produit dans les artères aorte et pulmonaire par le sang chassé des ventricules. Laënnec lui-même, trompé par les expériences d'un médecin anglais nommé Buxey, modifia son explication du second bruit; il ne l'attribua plus à la contraction des oreillettes, mais seulement à celle des auricules.

Plus récemment, M. Rouanet, dans sa dissertation inaugurale, s'efforça de prouver que les bruits étaient dus au choc du sang, dans un cas, contre les valvules tricuspides et mitrales; dans l'autre, contre les valvules sygmoïdes, aortiques et pulmonaires.

Toutes ces explications ne paraissant pas à M. Magendie bien fondées, il a fait, pour arriver à connaître la véritable cause, des expériences très variées, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer, mais qui établissent d'une manière positive que le premier bruit du cœur est le produit du choc de la pointe de cet organe sur les parois de la poitrine.

On conçoit fort bien, en effet, comment une masse élastique telle que le cœur contracté, heurtant plus ou moins énergiquement contre une paroi résonnante, le thorax, peut et doit produire un son bien manifeste.

Quant au second bruit, M. Magendie reconnut aussi par des expériences sur des animaux vivans, qu'au moment de la dilatation des ventricules, la face antérieure du ventricule droit vient frapper brusquement la face postérieure du sternum et les parties thoraciques droites voisines, et développe un ébranlement sonore qui constitue le second bruit du cœur, nommé aussi bruit clair ou superficiel.

Il est d'autant plus facile, dit M. Magendie, de comprendre la production de ce son et ses caractères particuliers, que le sternum et en général les parois antérieures de la poitrine, constituent la partie la plus sonore de cette cavité. Il est d'ailleurs facile d'en acquérir la preuve expérimentale en plaçant un obstacle mécanique entre le sternum et le cœur.

Dans ce cas le second bruit est complètement anéanti.

LANCETTE DU 25.

HOPITAL MILITAIRE D'INSRTUCTION D'ALGER.

SERVICE DE M. BAUDENS, PROFESSEUR ET CHIRURGIEN-MAJOR.

Commotion et asphyxie du membre pelvien droit; destruction partielle des gros troncs nerveux déterminée par une balle; mort.

B..., soldat au premier bataillon d'Afrique, âgé de 26 ans, de bonne constitution, reçut, au camp de Tixeraïn, le 20 juillet 1833, un coup de feu tiré à bout portant, et de haut en bas. Entré au milieu du pli de la fesse droite, le projectile parcourut un trajet de dix-huit pouces environ de longueur, et offrait son ouverture de sortie à la partie inférieure de la cuisse, en dehors du muscle couturier, dont les fibres les plus externes avaient été déchirées.

D'après le siége des plaies d'entrée et de sortie, on pouvait craindre d'une part, la lésion du grand nerf sciatique, et de l'autre une destruction partielle du nerf saphène interne. Le fémur semblait intact, et les pulsations de l'artère poplitée démontraient l'intégrité du tronc artériel principal.

Examiné trois heures après sa blessure, ce militaire se trouve encore sous l'influence d'une forte commotion générale : sa face est pâle et altérée, son moral abattu ; son pouls est profond, à peine développé, et son corps couvert d'une sueur froide.

L'écoulement sanguin, ordinairement peu sensible dans les plaies de cette nature, est, dans ce cas, abondant. Imbibé de sang, l'appareil contient de nombreux caillots, et l'on aperçoit encore du sang veineux sourdre par l'une et l'autre blessures.

L'exploration du trajet parcouru par le projectile provoque d'atroces douleurs, qui obligent d'y renoncer.

Toute la face interne du membre ; mais principalement le pied et la jambe, sont le siége de souffrances aiguës, qui sans cesse arrachent des cris plaintifs.

Ces phénomènes, si rares à la suite des coups de feu, signalaient une lésion grave du système sensitif.

Je redoutais l'apparition prochaine du tétanos ; mais comment le prévenir ? Fallait-il achever la section du grand nerf sciatique, faire l'amputation, ou bien attendre et chercher à combattre les accidens actuels ?

Je m'arrêtai à ce dernier moyen.

Les plaies furent pansées simplement, et masquées par d'amples compresses que fixait un bandage roulé, contentif, étendu des orteils à la hanche ; ainsi fut suspendue l'hémorrhagie veineuse. Le membre fut ensuite convenablement placé dans un repos absolu, et recouvert de fomentations chaudes et opiacées. (On conçoit pourquoi j'ai ici renoncé à l'eau glacée).

La réaction apparut, mais peu prononcée ; la chaleur était presqu'éteinte dans le membre pelvien droit. Après trente-six heures, les douleurs étant presque nulles, la cuisse acquit progressivement un volume prodigieux. La décomposition eut lieu ; des gaz abondans s'échappaient par les plaies, au milieu d'un liquide ichoreux, noir et fétide.

L'asphyxie était complète, la contractilité était anéantie, et la sensibilité très-obscure. En peu d'heures, les ecchymoses et marbrures cutanées gagnèrent l'abdomen, et quarante-huit heures après l'accident, ce militaire n'était plus.

Examen cadavérique.

Le pied et la jambe n'offrent rien de particulier ; toute la scène des phénomènes morbides ayant eu lieu dans les régions crurale et fessière, ce sont elles qu'il faut interroger.

Leur volume est triplé ; leurs tégumens offrent des marbrures violacées ; disposés par zônes circulaires, ils sont crépitans et laissent échapper par la plaie du projectile, une grande quantité de sang altéré, contenant des gaz d'une odeur de gangrène. Dans l'étendue d'un pouce, à la circonférence de la plaie de sortie, les tégumens sont décollés de la couche musculaire, et, entre ces parties, existe un gros caillot de sang. L'injection de l'artère iliaque externe me fit reconnaître la lésion de plusieurs grosses branches de l'artère fémorale sans que celle-ci eût été lésée, la balle avait rasé son côté externe et déchiré l'une des deux racines du nerf saphène interne fourni par le nerf crural.

Le grand nerf sciatique, à son émersion du bassin, se partageait immédiatement, et sa branche externe formant le nerf poplité externe, offrait une solution de continuité complète, avec une perte de substance d'un pouce environ.

Le bout supérieur, aussi bien que l'inférieur, étaient en putrilage : tous deux offraient un renflement olivaire long de quinze lignes, et quatre fois plus gros que le reste du cordon nerveux.

Le névrilème, rouge, enflammé, présentait cette altération jusqu'au plexus lombaire, et s'étendait en bas jusqu'à la jambe où toute rougeur cessait.

Le nerf poplité interne était intact ; mais au niveau de la plaie supérieure, et dans une étendue de quatre pouces, son tissu était ramolli, friable, et à l'état purulent. Son névrilème offrait la même rougeur et la même injection jusqu'au plexus et jusqu'à la jambe.

Le canal, creusé dans les chairs par le projectile, était tapissé d'une escharre épaisse et réduite en putrilage. La couche musculaire crurale et fessière, dans l'étendue de deux pouces en dehors de ce canal, était noire, décomposée, semblable à une éponge dans les pores eussent été distendus par des fluides et des gaz infects.

Ce fait nous a paru digne d'être mentionné comme devant fixer davantage l'attention des praticiens sur les lésions des gros troncs nerveux, et les signes qui leur sont propres.

Si la réaction s'était développée franchement, et en supposant la lésion des gros troncs nerveux, destiné à porter l'innervation au membre pelvien bien constaté ; mais sans complication de solution de continuité du fémur, ni de l'artère crurale, l'amputation eût-elle été indiquée ? Ce fait dépose en faveur de l'affirmative.

Coup de feu dans l'articulation péronéo-tibiale supérieure, compliqué d'érysipèle, guéri par la cautérisation.

L..., soldat au 59e régiment de ligne, âgé de 20 ans, de bonne constitution, né en Basse-Bretagne, reçut, le 11 octobre 1833, une balle qui frappa, d'avant en arrière, l'extrémité supérieure du péroné droit, avec déchirement des ligamens articulaires.

Huit jours plus tard, je vis ce militaire pour la première fois. La nostalgie entravait le jeu de ses organes ; son pouls fréquent et déprimé restait sans réaction, son regard morne ne semblait s'animer un peu que par l'espérance de revoir bientôt son clocher. Une suppuration de mauvaise nature baignait la tête du péroné presqu'entièrement réduite

en esquilles, et dont j'enlevai le plus grand nombre. Le tibia était intact, un vaste érysipèle avait envahi la totalité du membre pelvien dont le volume était doublé. Les sources de l'innervation me parurent trop épuisées pour opposer à l'érysipèle le traitement antiphlogistique, il fallait obtenir une réaction générale, et en même temps combattre avec énergie l'inflammation cutanée. Je fis choix de la cautérisation employée avec tant de succès par M. Larrey, et je touchai légèrement et avec rapidité la surface érysipélateuse de la peau, à l'aide de deux gros cautères incandescens.

Sous l'empire de ce moyen, bien plus effrayant que douloureux, l'on vit instantanément le tissu cutané changer de couleur, et devenir blanc par la constriction des vaisseaux et la rétropulsion du sang. Phénomènes auxquels succéda, peu de temps après, une réaction accompagnée de sueur.

L'extrémité pelvienne fut masquée pendant quelques jours par des compresses imbibées d'eau émolliente.

L'érysipèle ne reparut plus; le membre diminua sensiblement de volume; les plaies du projectile se couvrirent de bourgeons, et deux mois plus tard, il ne restait plus rien de la fracture du péroné.

Ce fait m'a paru digne d'être mentionné, pour fixer l'attention des praticiens sur l'emploi du feu contre les érysipèles. J'ai employé, tour à tour, le nitrate d'argent en solution, le vésicatoire, la compression, les frictions mercurielles, le cautère actuel contre cette affection. Ce dernier moyen seul m'a constamment réussi, même contre le phlegmon érysipélateux, sans que jamais il ait fait naître aucun des accidens que l'inexpérience seule a pu faire accréditer.

Plaie de l'articulation tibio tarsienne, avec déchirure d'une portion du tendon d'Achille; guérison.

C..., caporal au 59e régiment de ligne, reçut, le 1er octobre 1833, à la prise de Bougie, une balle qui lui traversa, d'avant en arrière, la malléole interne du tibia droit, et déchira la moitié interne du tendon d'Achille.

Quand je vis ce militaire, le 12 octobre, le gonflement articulaire était modéré, la suppuration peu abondante et épaisse. L'introduction du doigt me permit d'extraire plusieurs portions d'os détachées; la malléole interne était mobile; les plaies n'avaient pas été débridées, et il n'y avait nulle apparence de formation d'abcès dans le tissu cellulaire, situé en avant et sur le côté du tendon d'Achille. Je n'eus que de faibles accidens à combattre, et deux mois plus tard une cicatrice solide et déprimée siégeait au lieu de la lésion de ce tendon. La malléole conserve une légère tuméfaction qui ne nuit en rien à la station ni à la marche.

Tout récemment, j'ai fait la suture du tendon d'Achille complètement divisé par un instrument tranchant; j'ai fait la torsion du bout supérieur et inférieur de l'artère première; et, bien que cette plaie fût compliquée de la section du ligament postérieur de l'articulation tibio-tarsienne, la guérison a eu lieu par première intention, et était parfaite en quinze jours.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de MM. Rayer et Dalmas.

Observations de paralysie saturnine recueillies par M. le docteur Tanquerel Des Planches.

Paralysie générale des membres supérieurs; des muscles du tronc, grand dorsal, pectoraux et sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche; aphonie; bégaiement.—Guérison obtenue par les bains sulfureux et la strychnine.

Le nommé Fiault, âgé de quarante-huit ans, d'une forte constitution, a eu six fois, depuis 1826, la colique saturnine.

Après la cinquième atteinte, les doigts et le poignet restèrent un peu crochus, malgré les frictions et les bains sulfureux.

Le 7 janvier 1833, le malade entra dans le service de M. Rayer; la colique était forte, et il y avait des irradiations très-douloureuses dans tous les membres; les poignets et les doigts étaient légèrement paralysés. *Huile de croton tiglium à la dose de 2 gr. par jour; lavemens purgatifs; tisanes laxatives.*

En cinq jours la colique fut enlevée; mais à peine fut elle guérie, qu'il survint tout d'un coup une immobilité complète des membres supérieurs, qui pendent le long du tronc. Les muscles du dos, de l'épaule, du bras, sont immobiles; le trapèze seul se contracte faiblement; la tête est dirigée à droite, et ne peut se tourner à gauche, par suite de la paralysie du sterno-mastoïdien. L'épaule paraît déprimée; le coude, le poignet et les doigts sont dans une légère flexion; l'avant-bras et la main sont placés de champ; le tact est anéanti; complète insensibilité de l'avant-bras et des doigts quand on les pince ou les pique avec des épingles. Un charbon incandescent mis dans les mains du malade, attachées derrière le dos, ne donna aucune sensation. Dans la partie supérieure des bras et dans les épaules, douleurs assez vives, tact conservé, sentiment de pesanteur dans les épaules, les coudes, et surtout dans les carpes. Amaigrissement rapide des muscles paralysés, contrastant avec l'embonpoint du reste du corps. Peau jaunâtre et plissée, face des mains bleuâtres, un peu infiltrée; voix faible, parole gênée, incomplète; respiration un peu pénible, rien à l'auscultation et à la percussion; pouls à peine sensible, lent et irrégulier; intelligence très-affaiblie; les autres fonctions sont dans un bon état. *Bains sulfureux pendant huit jours; vésicatoires aux avant-bras, saupoudrés de 1/4 de grain de strychnine.*

Secousses légères et vermiculaires dans tout le membre; l'insensibilité est remplacée par de vives douleurs contusives, plus fortes la nuit que le jour, que

le mouvement et la pression exaspèrent. Le malade dit que ses os se cariens. Membres très froids, et surtout la main; le plus léger courant d'air augmente les douleurs; le froid, qui est glacial, est très sensible pour le malade et le médecin. Au bout de huit jours nouveaux vésicatoires sur la face antérieure de chaque bras, avec 1/4 de gr. de strychnine; bains sulfureux. Secousses légères; la circulation se ranime, le froid diminue.

Le 12 février, strychnine en pilules à l'intérieur, à 1/8 de gr., puis 1/4, 1/3, 2/3 et 1/2 gr. Spasme alors, trismus deux heures après: commotions brusques et passagères jusqu'à trois heures après minuit; on continue la dose pendant dix jours.

L'insensibilité a disparu complètement; l'exaltation de la sensibilité et le froid ont un peu diminué aux bras, et les épaules commencent à faire quelques mouvemens. Pendant trois semaines on élève graduellement la dose jusqu'à 3/4 de gr. Effets très énergiques; la paralysie continue à décroître. La dose est enfin portée à un grain; puis vésicatoire saupoudré de 1/3 de grain; beaucoup d'amélioration, les avant-bras, les doigts et les poignets se fléchissent; les mains se ferment en s'aidant mutuellement.

Le 1er avril on revient aux bains sulfureux et à la strychnine à l'intérieur.

Le 2, 1 gr. à six heures du matin; à neuf heures, terribles secousses au front, à l'occiput, à la colonne vertébrale, aux membres et aux mâchoires; tout le tronc se soulève en prenant un point d'appui sur la tête; la bouche se ferme convulsivement et se remplit d'écume; claquement des mâchoires; le malade se mord la langue, les membres se tordent; respiration suspendue; face livide; asphyxie imminente, perte entière de connaissance. Au bout de deux à trois heures, calme, sueurs. On supprime la strychnine jusqu'au 13; jusqu'au 6 juillet, application alternative de vésicatoires saupoudrés, emploi de la strychnine à l'intérieur à dose moindre, des bains sulfureux, des douches ordinaires.

Une chute violente détermine une bronchite qui est combattue par deux saignées; enfin le malade, fatigué de la vie d'hôpital, sort dans l'état suivant: poignets inclinés à angles obtus sur les avant-bras, doigts à demi-fléchis; pouvant être étendus complètement; mouvemens latéraux des doigts difficiles; les autres mouvemens du membre supérieur sont aussi étendus et aussi faciles que dans l'état de santé. Les membres thoraciques, quoique maigres encore, ont cependant repris beaucoup d'embonpoint. L'aphonie et la gêne de la prononciation ont disparu. Fiault a repris ses travaux accoutumés.

LANCETTE DU 27.

HOTEL-DIEU.

Service de M. Sanson aîné.

Tumeur blanche rhumatismale du coude; guérison par les sangsues et les vésicatoires.

Pascal, âgé de 52 ans, cuisinier, né à Nîmes, demeurant à Paris, est entré le 6 novembre 1833 salle Sainte-Jeanne, n. 21, pour être traité d'une tumeur blanche du coude droit.

Il est d'un tempérament sec, a fait plusieurs campagnes, et n'avait jamais été malade, lorsqu'il ressentit pour la première fois, il y a environ un an et demi, dans le bras droit, des douleurs qui ont été appelées rhumatismales. Après six ou huit semaines il dut cesser son travail, et au bout de cinq mois, les douleurs, devenues plus vives, quittèrent le bras pour se concentrer sur l'articulation du coude, qui augmenta peu-à-peu de volume.

A l'entrée du malade, il y a flexion à angle droit de l'avant-bras sur le bras, et presque pas de mobilité; atrophie des muscles du bras et de l'avant-bras; atrophie du deltoïde, d'où résulte une grande difficulté de mouvoir les bras, quoique l'articulation de l'épaule ne soit pas malade. Gonflement autour de l'articulation du coude, et un peu d'empâtement, surtout au niveau des ligamens latéraux; les os n'ont pas augmenté de volume; le malade éprouve des douleurs vives la nuit et le jour, depuis neuf mois surtout, qui l'ont souvent privé de sommeil. Le coude est fort sensible au toucher.

Cette tumeur blanche est bien évidemment de l'espèce qu'on a appelée rhumatismale, ou mieux qui commence par les parties ligamenteuses. Il n'y a pas ici d'altération des os. Les cartilages ne paraissent pas détruits. L'empâtement au niveau des ligamens et la sensibilité exagérée des parties font croire qu'il y a encore un travail d'inflammation.

On fait appliquer six sangsues seulement sur l'articulation, afin d'y pouvoir revenir souvent et longtemps. Le malade en éprouve du soulagement. On applique aussi des cataplasmes émolliens, et après sept ou huit applications de sangsues (quinze jours), le gonflement a diminué; les douleurs surtout sont moins vives; peu de sensibilité à la pression. On continue jusqu'au 24 décembre, et le malade ne souffre plus que quand il est obligé de se remuer dans son lit ou pour s'habiller.

Il parait un peu de fluctuation sur les côtés de l'olécrâne. Comme depuis quelque temps la maladie reste stationnaire malgré les sangsues, on prescrit des vésicatoires volans; alors le mal va toujours s'amendant, quoique d'une manière peu rapide.

Vers la fin de janvier 1834, il n'y a plus de point où on sente de la fluctuation et ou la pression détermine de la douleur. Immobilité presque complète du membre.

Le 4 février il se déclare autour du coude un érysipèle. Depuis quelques jours Pascal perdait l'appétit sans souffrir davantage; la veille il avait eu du frisson et un peu de diarrhée. On prescrit diète, repos et cataplasmes émolliens.

Le lendemain l'érysipèle chemine d'une manière excentrique vers l'épaule et vers le poignet. Après quatre jours, rétablissement parfait de la santé.

Le 20 février Pascal sort guéri, avec une fausse ankylose sans soudure; aucun point ne présente de la fluctuation autour de l'articulation; les os n'ont pas augmenté de volume; le tissu cellulaire graisseux n'est ni induré, ni hypertrophié; on sent très distinctement toutes les éminences osseuses externes de l'articulation, qui présente à peu près le même volume que celle du côté opposé. Le bras et l'avant-bras sont amaigris; mais il n'y a plus de douleur, même à la pression.

Luxation de la première phalange du pouce; réduction.

Au n. 35 de la salle Sainte-Jeanne, était un homme de 28 ans, commissionnaire, qui, pour se garantir dans une chute sur le pavé, a présenté la main droite étendue de façon qu'elle a supporté une partie du poids du corps en appuyant fortement sur le pouce. Aussitôt douleur et déformation; pas de gonflement après trente heures. Le pouce est plus court que celui du côté opposé; la première phalange étendue, la deuxième dans la flexion; l'épaisseur de l'éminence thénar augmentée; la tête du premier métacarpien fait saillie en dedans; celle de la phalange se trouve à la face dorsale. Il y a chevauchement et raccourcissement de quatre à cinq lignes; il est facile de reconnaître la luxation de la première phalange.

On tente d'abord inutilement de réduire en tirant le pouce, pour amener les surfaces articulaires au même niveau.

Au contraire, en saisissant de la main gauche la main du malade, et surtout entre le pouce et l'index son premier métacarpien; de l'autre main, embrassant la phalange luxée, on a d'abord tiré dans le sens de l'extension, puis ramené tout-à-coup dans la flexion.

La réduction s'est faite avec beaucoup de facilité; aussitôt le malade a éprouvé un grand soulagement.

On maintient avec des compresses croisées autour de l'articulation. On arrose avec de l'eau végéto-minérale; et on fait une saignée du bras pour prévenir les accidens inflammatoires fréquens dans pareille circonstance.

Il n'est survenu que très peu de gonflement, et, après le dixième jour, le malade est sorti guéri, n'ayant eu aucun accident, se servant bien de son doigt et pouvant lui faire exécuter tous ses mouvemens.

Plaie de la paupière inférieure et du globe de l'œil droit.

Un homme très robuste se présenta un soir à l'Hôtel-Dieu, où il fut couché salle Sainte-Jeanne, n° 44, pour une blessure de l'œil droit. Pendant qu'il traversait la rue, une pierre lancée par un enfant vint lui faire, à la paupière inférieure, une petite plaie contuse, longue de deux lignes, peu profonde, dirigée de bas en haut, et de dehors en dedans, sans intéresser son bord libre; et, du même coup, une plaie du globe oculaire, au niveau de la partie inférieure et externe de la cornée, comprenant la conjonctive avec la sclérotique et la cornée transparente dans l'étendue d'une ligne et demie. L'humeur aqueuse s'est écoulée en partie, et le malade dit que les objets lu paraissent un peu rouges : la pupille est alongée de bas en haut, et de dehors en dedans; l'iris est appliquée contre la face interne de la cornée, dans le point qui correspond à la solution de continuité, sans être engagée dans les lèvres de la plaie; le malade ressent une douleur très vive à l'œil. On fait aussitôt *une saignée du bras de* 12 *à* 15 *onces, et* 20 *sangsues* sont appliquées *à la tempe.*

Le lendemain matin, les paupières sont tuméfiées; cependant on peut les écarter pour examiner : la conjonctive oculaire, surtout en bas, est rouge, et infiltrée soit de sérosité, soit de l'humeur aqueuse qui sera sortie par la plaie. Les humeurs ne paraissent pas troublées par du sang épanché, quoique le malade ait déclaré voir les objets teints en rouge. La pupille est encore déformée; l'iris, poussée en avant par le corps vitré, menace de s'engager dans la plaie. C'est pour prévenir cet accident qu'on prescrit *des frictions sur le pourtour de l'œil avec un peu d'extrait de belladone.*

Le malade ne souffre pas plus que la veille; mais pour prévenir une inflammation interne de l'œil, on insiste sur les émissions sanguines. *Saignée de l'artère temporale; bains de pieds matin et soir; diète; orge; bandeau au-devant des yeux* et sur l'œil malade. Appliquer immédiatement *des compresses imbibées d'eau froide qu'on doit renouveler souvent.*

Troisième jour, même gonflement des paupières. Le malade ne souffre pas trop; mais le pouls est encore très fort. *Quinze sangsues* sont posées *à la tempe et à la base de l'orbite; applications froides; frictions avec la belladone; soupes.*

Quatrième jour, il y a un peu de douleur.

Les jours suivans, on continue *le même traitement, moins les émissions sanguines; demi-portion d'alimens.* Le gonflement diminue peu-à-peu.

Vers le neuvième jour, le malade peut ouvrir l'œil sans difficulté; la petite plaie de la paupière, qui a été pansée avec du cérat simple et un petit linge, est guérie. Les bords de la plaie de l'œil sont réunis, mais il y a un peu de trouble à l'entour; on pourrait croire qu'il y a eu une ulcération peu profonde.

La déformation de la pupille persiste. La belladone, en la tenant toujours dilatée, a bien réussi à ne pas laisser l'iris faire hernie par la plaie. Les émissions sanguines et les applications d'eau froide ont empêché le développement d'une inflammation intense.

Le quinzième jour, le malade est guéri complètement, et sort voyant très bien tous les objets, conservant seulement une légère opacité de la cornée dans les parties voisines de la plaie.

La pupille ne se contracte que dans les quatre cinquièmes de sa circonférence; elle reste alongée

obliquement de bas en haut, et de dehors en dedans, comme à l'entrée du malade. C'est que l'iris se trouve retenue par quelques adhérences avec la face postérieure de la cornée, au niveau de la cicatrice; et, dans le premier moment, cette déformation était due à la pression des humeurs de l'œil sur l'iris, vers le point par où s'échappait l'humeur.

Calculs accumulés en grand nombre dans la vésicule biliaire; rupture de cette vésicule; passage des calculs dans le colon transverse; guérison;

Par le docteur Bermond, de Bordeaux.

La présence des calculs dans la vésicule du foie est chose fort commune, car sur vingt cadavres que j'ai visités à la Pitié (année 1824), j'en trouvai sur neuf; seulement ils présentaient quelques variétés sous le rapport de leur nombre, de leur forme et de leur composition.

Un seul de ces corps étrangers, quoique petit, peut donner lieu aux accidens les plus graves lorsqu'il se trouve placé dans le principal conduit d'excrétion de la bile et qu'il le ferme hermétiquement; un grand nombre ne donne souvent aucun signe de leur existence, lorsque ce fluide circule librement de la vésicule biliaire dans l'intestin duodénum, où il doit, comme on le sait, préparer l'acte si important de la chylification. L'observation suivante sera une preuve que non seulement la vésicule biliaire peut acquérir un volume considérable, contenir un grand nombre de calculs, mais encore, s'il en était besoin, que le fluide sécrété par le foie est indispensable pour que la chylification s'opère régulièrement.

Madame B...., âgée de 50 ans, s'était toujours bien portée jusqu'à l'année 1824. A cette époque, les chagrins occasionés par la perte de son mari et le changement de sa position dans la société, altérèrent profondément sa santé. Depuis, elle a eu à peu près tous les ans quelque affection plus ou moins grave de l'appareil digestif. Au mois d'août 1833, après une fatigue au-dessus de ses forces, madame B.... fut prise de douleurs violentes dans la région hépato-gastrique, de vomissemens de mucosités et d'un sentiment de brûlure dans le centre épigastrique. L'abdomen, dont les parois présentaient assez d'embonpoint, ne laissait apercevoir à l'extérieur aucune tuméfaction, seulement la douleur était augmentée lorsque l'on exerçait une légère pression. La figure, tout-à-fait décomposée, annonçait les vives douleurs auxquelles devait être en proie la malade; la tête était le siége, dans toute sa circonférence, d'un sentiment très-pénible; la bouche et la langue se trouvaient dans l'état naturel; le pouls était petit et serré; la peau avait pris, presque subitement, une coloration jaune-verdâtre.

A ces symptômes, je ne pus méconnaître un travail inflammatoire de l'appareil gastro-hépatique, et le traitement à suivre coulait de source : vingt sangsues appliquées sur l'épigastre, les fomentations émollientes sur l'abdomen, les bains de siége, les lavemens anodins et émolliens, la diète, les boissons délayantes, furent les moyens que l'on mit d'abord en usage, et sous l'influence desquels la malade éprouva un peu de mieux. Trois jours après on fit une application de quatorze sangsues à l'anus pour désemplir plus directement le système veineux abdominal. Madame B... vit les vomissemens cesser et les douleurs du ventre diminuer; mais la coloration jaune de la peau existait toujours, peut-être même était-elle plus intense, et tous les soirs il y avait un petit mouvement fébrile durant lequel la malade toussait davantage, se trouvait oppressée, et sentait les douleurs de tête augmenter.

Pendant dix jours je remarquai le même état, et je continuai à peu près les mêmes moyens; on commença à donner un peu de bouillon de carotte et d'oignon; ceux de poulet et de bœuf étaient difficilement digérés.

Dans la nuit du samedi au dimanche, 28 septembre (trente-troisième jour de la maladie), madame B... fut prise subitement des mêmes accidens qu'elle avait éprouvés au début de son mal; ils étaient même tellement intenses, qu'elle eut une syncope de laquelle on eut beaucoup de peine à la faire revenir. Les douleurs d'entrailles étaient déchirantes, les vomissemens se succédaient avec une effrayante rapidité, le pouls était presque imperceptible et la peau froide; la malade éprouva une sensation de déchirement, à la suite de laquelle elle eut une selle abondante et très-douloureuse. On trouva dans le vase, avec un liquide d'un vert foncé et filant, une quantité considérable de calculs dont on peut comparer la masse au volume des deux points; ils étaient à facettes de grosseur variable : on en remarqua plusieurs aussi gros qu'une petite noix; ils étaient durs, lisses, d'un jaune clair à l'extérieur, foncé à l'intérieur, et laissaient voir, par zônes, les différentes couches qui les formaient.

Immédiatement après l'expulsion de ces calculs, les vomissemens cessèrent, la peau reprit sa couleur naturelle (1), le pouls se développa, et la malade n'éprouvait plus qu'une sensation de chaleur et de brûlure dans la région épigastrique. Les accidens inflammatoires furent combattus à l'aide de sangsues appliquées à l'anus, de bains de siége, de demi-lavemens anodins et émolliens et de fomentations émollientes sur le ventre. La tisane était composée d'une décoction de chiendent dans laquelle on met-

(1) Ce changement de coloration de la peau qui a été presque instantané, m'a beaucoup étonné, et l'explication me paraîtrait difficile si l'on ne faisait attention dans cette circonstance aux pertes assez considérables qu'a faites la malade par les vomissemens, et à l'excitation générale que les efforts ont produite; l'absorption a dû nécessairement être augmentée dans tous les parenchymes organiques, dans tout le corps muqueux de la peau principalement; la matière colorante a été absorbée et déposée dans des couloirs d'excrétion plus faciles.

tait, trois fois par jour, vingt grains de bicarbonate de soude ; je prescrivis aussi quelques tasses de lait, des crêmes de riz et de fécule.

Pendant les six jours qui suivirent l'ouverture de la vésicule biliaire dans le colon transverse, on remarquait dans les selles qui étaient assez fréquentes, plusieurs couches bien distinctes ; la plus superficielle était un fluide d'un vert-jaunâtre épais et filant (véritable bile) ; la seconde était formée par les mucosités abondantes qu'exhalait la portion du gros intestin que parcourait la bile, et la troisième était une matière muqueuse plus épaisse contenant un sédiment noir (bile altérée).

Madame B... a vu peu à peu les douleurs diminuer et disparaître, les selles devenir moins fréquentes et naturelles, et son appétit satisfait plus agréablement. Il est une remarque que je dois faire qui ne laisse pas d'être assez importante : la malade, après la rupture de la vésicule biliaire et le calme des premières douleurs, ne pouvait satisfaire sa faim qu'à l'aide d'alimens végétaux, encore les digestions étaient-elles pénibles : aussitôt que les selles devinrent moins nombreuses et furent mêlées à moins de bile, les substances alimentaires végétales et animales purent être facilement supportées. Cette coïncidence de phénomènes prouve bien évidemment que la bile passant directement et en totalité de la vésicule du foie dans le colon, ne pouvait plus coopérer à la chylification, et que ce n'est que lorsqu'elle a repris peu à peu son cours dans le duodénum, que cet acte important de la digestion s'est insensiblement rétabli.

(*Bull. Méd. de Bord.*)

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LEGALE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, D'ARCET, BARRUEL, CHEVALLIER, DEVERGIE, ESQUIROL, GAULTIER DE CLAUBRY, KERAUDREN, LEURET, MARC, ORFILA, PARENT-DUCHATELET, VILLERME.

FÉVRIER 1834.

MÉDECINE LÉGALE.

—

BLESSURES SIMULÉES.

Par M. Boys de Loury.

Le sieur X..., facteur à la poste aux lettres, est employé dans un quartier éloigné du centre. Arrêté le 9 décembre dernier, à neuf heures du soir, dans une rue déserte, par un homme qui lui demande l'aumône, le sieur X... se prépare à la lui faire, suivant ses faibles moyens; mais l'individu qui l'accoste ne s'en contente pas, il exige tout l'argent que la boîte doit contenir. Une lutte s'engage; X... défend, au péril de sa vie, l'argent de son administration; il reçoit une blessure à l'index gauche; l'assassin lui porte deux autres coups de poignard à la poitrine, qui, heureusement, n'entament que les vêtemens. Réduit aux dernières extrémités, X... tire de sa boîte un poignard qui ne le quitte jamais, il en porte un coup si violent à son adversaire, qu'il est sûr de lui avoir traversé le bras de part en part. L'assassin fuit; X... remet son poignard dans sa gaîne de cuir sans se donner le temps de l'essuyer. Il entre pâle, échevelé chez une portière, conte son aventure, remet ses sens par un verre d'eau, et se rend à son administration, le lendemain, où il fait la déclaration qui précède.

Le 13 décembre, je fus chargé, par M. Noël, commissaire de police attaché aux délégations judiciaires, de visiter la blessure de X..., la déchirure de ses vêtemens, le poignard et la gaîne qui le renfermait.

Le sieur X... présente à la dernière phalange du doigt index gauche, et au côté externe et un peu postérieur de ce doigt une blessure étroite, longitudinale, en voie de cicatrisation, formée évidemment par un instrument tranchant, ayant en tout, l'étendue d'un peu plus de trois lignes, dont les deux extrémités n'attaquent que la superficie de l'épiderme, le milieu n'a pu atteindre à une demi-ligne de profondeur. Cette légère coupure, ayant intéressé les vaisseaux du derme seulement, n'a pu rendre qu'une très-petite quantité de sang: une demi-once écoulée par cette plaie serait la plus grande évaluation à laquelle la quantité pourrait être portée. D'après l'état de la cicatrisation, la blessure a dû être faite il y a cinq ou six jours. X... porte sur son habit d'uniforme, au côté gauche de la poitrine, au-dessus de la région précordiale, immédiatement au-dessus de la plaque de l'administration, une coupure à bords bien nets, dirigée obliquement de haut en bas, et de dehors en dedans, ayant un pouce d'étendue; plus, en dedans, au bord interne de la plaque, une autre coupure moins longue que la première. Ces deux coupures ont été faites par le tranchant d'un instrument, et non par sa pointe: elles ont été tellement superficielles, que la garniture qui double le drap n'a pas été entamée.

A l'intérieur d'une gaîne en cuir, qui recouvrait un poignard que X.. portait pour sa défense, nous avons remarqué plusieurs taches d'un brun noirâtre, pouvant provenir du frottement de la lame contre le cuir, ou du sang desséché sur la gaîne. Ces taches ne s'enlevaient pas en écailles comme lorsqu'une goutte de sang s'est desséchée sur un corps solide; mais ce pouvait être de sang imbibé dans le cuir. Plusieurs morceaux de cuir, présentant ces caractères, ont été placés dans de l'eau distillée; nous avons attendu vainement pendant une heure que des stries descendissent de ces morceaux de cuir au fond des verres. L'heure étant trop avancée pour continuer nos expériences,

nous avons enfermé les verres dans une armoire, dont M. le commissaire de police emporta la clef.

Le lendemain, les verres ont été retirés de l'armoire : le liquide présentait une couleur rougeâtre uniforme, sans aucun précipité, une couleur d'une nuance de bistre, mais aucune strie. L'eau avait l'odeur et le goût de cuir. Traité par la chaleur, ce liquide n'a pas changé d'aspect, il a conservé la même transparence ; par l'ammoniaque, aucun changement; le chlore en a fait disparaître la coloration. Persuadé que la couleur que l'eau avait acquise était due au cuir et à l'acide gallique qu'il contenait, nous avons versé un peu de persulfate de fer dans une partie de ce liquide, et nous avons obtenu aussitôt un liquide noirâtre, tel qu'on l'obtient lorsque le tannin ou l'acide gallique sont en contact avec un sel de fer.

Nous nous sommes aussi assuré que quelques taches existant sur la lame de l'instrument n'étaient pas du sang, cette lame, placée dans l'eau distillée, n'a presenté aucun changement, aucune strie ne s'est fait apercevoir ; ces taches étaient de la rouille.

Voulant enfin nous éclairer mieux sur la couleur que l'eau distillée avait acquise, nous avons fait chauffer dans de l'eau distillée un morceau de cuir ne provenant pas de la gaîne, nous avons de suite obtenu la même teinte que dans la première expérience, et le sulfate de fer nous a encore donné la même couleur noire. D'où nous avons conclu que la gaîne qui renfermait le poignard du sieur X... ne contenait pas un atome de sang.

X... s'est donc fait une légère blessure à l'index gauche, deux coupures à son habit; il feint d'avoir eu le courage de combattre son adversaire, de l'avoir blessé, oubliant de teindre de sang la gaîne de cuir ou la lame d'un mauvais couteau, qui aurait refusé d'accomplir le haut fait que X... lui suppose.

X... voyant qu'on n'était pas dupe de l'histoire qu'il avait forgée, retira sa plainte, mais ne voulut pas convenir de son mensonge.

Le 19 juin dernier, on amena devant M. le maire de Passy une personne blessée, apportée du bois de Boulogne, qui fit la déclaration suivante :

« Je me nomme A. B..., docteur en médecine, natif de..., âgé de trente-neuf ans; je suis à Paris depuis le 17 courant, pour étudier le choléra ; je loge à Paris, rue.... ; chaque jour, je me rends le matin à l'Hôtel-Dieu ; j'y étais encore ce matin avec le docteur Magendie. Ayant appris la mort de plusieurs malades apportés la veille en ma présence, j'en ai ressenti une vive impression ; j'ai éprouvé un violent mal de tête, ce qui me détermina à me promener. Je marchai au hasard, et j'arrivai au bois de Boulogne. Je pris une route, dans laquelle je dépassai deux individus qui marchaient devant moi, et auxquels je demandai le plus court chemin pour retourner à Paris. L'un d'eux m'indiqua une route à droite, appelée route Fortunée, qui me mènerait à Passy. Je la suivis, accompagné de ces deux individus, qui me demandèrent si j'étais étranger, je leur répondis affirmativement : ils me demandèrent si les évènemens des 5 et 6 juin avaient fait beaucoup d'impression dans mon département : sur ma réponse que tous les honnêtes gens en étaient indignés, une conversation politique s'engagea, et je ne tardai pas à reconnaître que ces deux individus étaient ennemis du gouvernement. M'ayant demandé ce que j'aurais fait, étant à Paris les 5 et 6 juin? J'aurais été assez heureux, répondis-je, pour détruire une de vos barricades. Après plusieurs propos contre le gouvernement, tenus par ces individus, l'un d'eux ajouta en tirant un portefeuille : « L'avenir de la France est là dedans; nous avons à la tête de nos projets des pairs de France, des députés, des banquiers, etc. » Alors, emporté par un sentiment d'indignation, je saisis ce portefeuille, sans calculer qu'ils étaient deux, et pouvaient être armés. Une lutte s'engage, je résiste avec vigueur; l'un d'eux lâche prise, sort de son vêtement un instrument piquant et tranchant, et m'en porte un coup sur la poitrine de haut en bas. Je fais un mouvement, l'arme glisse sur les côtes; l'assassin, retire l'arme de la plaie, s'enfuit dans l'épaisseur du bois. L'autre tire de sa poche un pistolet qu'il lâche à bout portant sur ma poitrine ; je saisis le pistolet en continuant à crier au secours, quoiqu'on cherchât à me bâillonner avec la main. Les deux individus s'enfuirent ; je tombai, et restai sans connaissance, perdant beaucoup de sang. Plusieurs personnes, quand je revins à moi, n'osèrent approcher me voyant couvert de sang ; enfin un cavalier arriva, alla chercher un médecin et une voiture, et je fus conduit dans la maison où nous procédons. »

La déclaration terminée, M. le maire ouvrit le portefeuille, que le sieur B.... remit au docteur; il ne contenait qu'un papier plié en forme de lettre, cacheté avec de la cire rouge, sans aucune adresse : ayant brisé le cachet, on put y lire les mots suivans :

« Deux déjeûners convenus pour les numéros 3 « et 5 ; des prosélytes à force.... ; bonnes nouvelles « de..... ; le reste à l'ordre, demain neuf heures du « soir ; n'y manquez. Adieu, je suis pressé. »

Dans l'intérieur de la lettre, étaient deux prises d'une poudre blanche, qui, présentée au feu par le docteur, a offert le résidu suivant : substance cornée, recouverte d'un brillant métallique, odeur animale, avec quelques caractères tout particuliers. Les essais n'ont pas été poussés plus loin. Suit ici le signalement des assassins, que je supprime pour ne pas traîner en longueur.

Rapport du docteur appelé sur les lieux.

Appelé, vers sept heures du soir, par un cavalier qui m'est inconnu, je me suis transporté dans le bois de Boulogne, et vis un blessé dans l'état suivant : chemise teinte de sang ; pas de gilet ; l'habit ne présente aucune trace de violence; le blessé est étendu sur l'herbe, près de lui quelques gouttes de sang; un pistolet chargé, et dont le chien touche la platine, était près du côté droit du blessé ; un petit sac à poudre et un moule à balle à peu de distance du même endroit.

Le blessé accuse une vive douleur dans la région gauche du sein, quelques envies de vomir. Transporté à l'auberge, la chemise ayant été enlevée, une plaie, située au tiers supérieur et antérieur des parties molles de la cavité thoracique, m'a présenté l'état suivant : deux ouvertures communiquant ensemble sur une ligne oblique de haut en bas, et presque parallèle au plan antérieur de la poitrine, chacune des ouvertures est peu grande, distantes à deux pouces et demi l'une de l'autre, et offrant une surface triangulaire : un stylet introduit dans ces ouvertures, rassure contre toute espèce de danger, prouve que la plaie est située dans l'épaisseur des muscles pectoraux, et n'a pas pénétré dans la cavté thoracique. Il résulte de cet état que la plaie semble avoir été causée par un instrument triangulaire, piquant, dirigé de haut en bas, et oblique de droite à gauche.

(*Suit la signature.*)

Le 21 juin, trois jours après l'évènement, M. le docteur Baude et moi, nous fûmes chargés, par M. le préfet de police, de procéder à l'examen des blessures du sieur B..., ainsi qu'à celui de la chemise qu'il portait au moment où il les reçut.

A la partie antérieure et supérieure gauche de la poitrine, au-dessus du sein, nous avons trouvé deux coupures distantes l'une de l'autre de deux pouces et demi. La coupure supérieure, située sur la quatrième côte, a environ une ligne et demie de diamètre; l'inférieure en présente trois : la première de ces plaies est oblique de haut en bas et de dedans en dehors; la seconde est parallèle à la ligne médiane.

Il était important de constater si ces deux blessures avaient été causées par le même coup, et par conséquent si elles communiquaient ensemble. L'état de cicatrisation avancée de ces petites plaies ne nous a pas permis l'introduction d'un stylet dans la blessure. Le trajet qui sépare les deux incisions ne présente aucun gonflement, il en existe seulement un peu autour de la plaie supérieure; rien qui puisse indiquer la trace d'une cicatrice sous-cutanée récente; pas d'ecchymose; le sieur B.... témoigne de la douleur lorsqu'on touche les environs de la blessure.

La chemise, à la partie correspondante à la plaie supérieure, présente une coupure longitudinale faite dans le sens de la même plaie : plus bas, une déchirure que l'on suppose accidentelle; la chemise est teinte de sang du même côté, et plus bas que la coupure. Nous avons évalué la quantité de sang dont elle est teinte à une demi-once à-peu-près. L'habit et le pantalon présentaient aussi quelques taches de sang en trop petite quantité pour être évaluée.

Si un seul coup avait été porté au sieur B..., il y aurait parallélisme des deux incisions; l'ouverture supérieure, par laquelle on doit supposer que l'instrument a été enfoncé, ainsi que le déclare B... lui-même, serait plus large que l'inférieure, c'est le contraire qui a lieu ici; enfin une plaie de cette importance serait-elle exempte de gonflement, d'ecchymose après trois jours? et la cicatrisation serait-elle assez avancée au bout de ce temps pour empêcher l'introduction d'un stylet? la quantité de sang écoulé aurait-elle été si petite? Ces observations nous ont porté à conclure que B.... était l'auteur des lésions qu'on observait sur lui.

Cet homme devint furieux en apprenant le résultat de notre examen. Nous lui proposâmes de se faire visiter par un chirugien dont la réputation pût justifier le jugement qu'il porterait. Lui ayant nommé plusieurs professeurs, il demanda M. Dupuytren, qui, à son désappointement arriva peu de temps après. A peine l'examen fut-il terminé, que notre savant maitre rapporta devant B.... le fait qui va suivre ainsi que plusieurs autres moins remarquables.

Napoléon était un soir dans le parc de Saint-Cloud; un jeune homme sortit précipitamment des massifs qui bordent la grande avenue, en criant : *A l'assassin! Sauvez le premier consul!* Il tombe sans connaissance près du groupe qui entourait Bonaparte : il portait deux blessures qui laissaient couler du sang. Revenu à lui, il déclara qu'il était étudiant, qu'il avait entendu des conspirateurs, cachés dans le parc, attendant le moment pour assassiner le premier consul; qu'il s'était présenté à l'instant à leurs yeux, ainsi victime de son dévoûment. A l'instant même les portes du parc furent fermées; on chercha, mais vainement, les conspirateurs. Cependant ce jeune homme soutenait toujours ce qu'il avait avancée; et, interrogé à plusieurs reprises, il ne se coupait pas dans une narration assez chargée de détails. C'est plus de quinze ans après, qu'il avoua être l'auteur de ses blessures.

La déclaration de M. Dupuytren décontenança B.; il voulut retirer sa plainte, partir le jour même pour son pays; on l'en empêcha; et l'examen et l'analyse de la poudre trouvée dans le portefeuille donnèrent lieu au rapport suivant :

Nous Jules Boys de Loury et Chevallier, chargés d'examiner deux paquets renfermant une poudre blanche, paquets qui se trouvaient dans un portefeuille, déposé à la préfecture de police par le sieur B....

La poudre renfermée dans ces deux paquets est d'un blanc jaunâtre; vue à la loupe, on reconnaît qu'elle est formée par un assemblage de cristaux, parmi lesquels on apperçoit des aiguilles prismatiques. Mise sur la langue, elle cause un sentiment d'amertume extrêmement prononcé, qui est suivi d'un sentiment de constriction et de brûlure qui se fait ressentir dans le pharynx.

Le poids de la poudre ayant été pris pour les deux paquets, séparément, nous avons reconnu qu'ils étaient inégaux; en effet, l'un de ces paquets contenait deux décigrammes cinq centigrammes (cinq grains) de poudre; l'autre contenait trois décigrammes (six grains).

L'examen physique de cette poudre cristalline nous ayant porté à la considérer, comme étant un sel ou un alcaloïde (alcali végétal), nous avons procédé aux expériences suivantes :

Une portion de cette matière mise avec une petite quantité d'eau sur un papier de tournesol rouge a ramené au bleu la couleur de ce papier; ce qui démontre que la substance examinée est de nature alcaline.

Une autre portion de la poudre a été calcinée sur une spatule de platine, qui a été fortement chauffée ; cette matière s'est boursouflée, puis s'est ensuite décomposée à la manière des substances végétales, en répandant une épaisse fumée acide, et en laissant pour résidu un charbon brillant très-volumineux.

Ces caractères nous démontrant que la substance que nous examinions était un alcaloïde végétal, il nous restait à décider quel était cet alcali, ces produits ayant entre eux une très-grande analogie.

Nous prîmes donc de la morphine, de la vératrine et de la strychnine; nous plaçâmes ces trois substances sur une assiette de porcelaine, sur laquelle nous avions déjà mis une certaine quantité de produit tiré des deux paquets; puis au milieu de ces alcalis, nous mîmes une petite capsule contenant du brôme.

Au bout d'une heure, nous avons examiné les effets résultant de la réaction; ces effets marqués, nous indiquèrent, mais non avec toute la certitude qu'on doit désirer dans des essais de médecine légale, que le produit qui avait été tiré des deux paquets était de la morphine. Nous eûmes donc recours à d'autres essais.

1° A l'iode employé de la même manière que le brôme, qui ne nous donna pas les résultats affirmatifs que nous désirions obtenir. (1)

2° A l'acide nitrique, qui nous donna avec la strychnine et la morphine, une couleur rouge, la poudre nous offrit la même coloration.

Nous eûmes ensuite recours aux moyens indiqués par Serullas et par M. Robinet. Nous avons pris une portion de la substance trouvée dans le portefeuille ; nous l'avons fait dissoudre dans l'acide acétique. Aussitôt que la solution a été préparée, nous y avons versé une petite quantité d'acide iodique; à l'instant même la décomposition s'est opérée, et il y a eu précipitation de l'iode, indiquant la présence de la morphine.

La même expérience tentée avec la morphine pure a fourni les mêmes résultats.

Une autre portion de la substance trouvée dans le portefeuille a été mise en contact avec une solution d'hydrochlorate de tritoxide de fer, à l'instant même elle a donné lieu à une coloration en bleu, coloration qui était très-intense, et caractère de la morphine.

Des expériences qui précèdent, il résulte que la substance contenue dans le portefeuille déposé par le sieur B..., est de la morphine, alcali végétal, principe actif de l'opium du commerce.

(1) Ces réactifs agissent d'une manière différente sur les alcalis végétaux, selon que ces alcalis sont plus ou moins purs, plus ou moins divisés, c'est-à-dire en poudre plus ou moins tenue.

SUSPICION D'AVORTEMENT,

Déterminé par l'introduction dans la matrice, d'un instrument vulnérant et piquant: métrite des plus intenses suivie d'une mort presque subite.

Observation communiquée par le docteur TACHERON.

Le 19 septembre 1829, appelé chez madame ***, afin de lui prodiguer les secours que réclamait sa triste position, nous nous rendîmes de suite chez elle et la trouvâmes dans la situation suivante:

Madame *** d'une tempérament nervoso-sanguin, d'une assez forte constitution, âgée de 36 ans, était couchée sur le dos, la tête renversée en arrière, le ventre tendu et ballonné, la malade y ressentait d'horribles douleurs, surtout dans la région hypogastrique ; il y avait impossibilité d'appliquer la main sur ses parties abdominales, sans changer les gémissemens de la malade en des cris aigus et déchirans; la respiration était extrêmement courte, petite, les inspirations augmentaient les douleurs ; vomissemens de matière bilieuse, avec soif excessive et intense, pouls petit et fréquent, face grippée ayant le caractère propre aux affections abdominales profondes, yeux fixes comme dans l'extase, pupilles fortement dilatées, peau recouverte de sueurs froides.

A cette série de symptômes plus graves les uns que les autres, nous portâmes un pronostic fort sinistre, une prompte terminaison de la maladie devait s'en suivre ; M. le docteur Hatin qui avait vu également la malade peu de temps après nous, partagea la même opinion; en effet, elle mourut deux heures après notre visite.

Une mort aussi prompte accompagnée de symptômes aussi alarmans, éveilla notre attention et nous fit prendre toutes les précautions nécessaires pour arriver à la découverte de la vérité; d'ailleurs nos fonctions de médecin chargé de la vérification légale des décès nous faisaient un devoir de réquerir de suite la présence du commissaire de police du quartier, pour procéder à une enquête sévère sur les causes de mort de la dame ***.

Nous eûmes lieu de nous applaudir d'avoir pris ce sage parti, car ce fut par suite de cette enquête, que nous apprîmes plus tard d'un des amis intimes de cette dame, les circonstances suivantes :

Le 20 août dernier, madame *** s'était rendue chez une sage-femme du quartier Saint-Denis avec l'intention bien formelle de faire constater son état de grossesse et se débarrasser ensuite de l'enfant qu'elle portait ; fixée d'une manière irrévocable sur sa véritable situation, elle se serait le même jour déterminée à subir une certaine opération qui aurait commencé par l'introduction, dans le vagin et la matrice, d'une sonde en argent, percée à son extrémité inférieure, et renfermant un stylet effilé dont la pointe était recouverte d'une boule en cire; cet instrument parvenu dans l'organe utérin, aurait été dirigé en divers sens sur le fœtus contenu dans la matrice, tandis que par une forte pression exercée avec la main gauche, sur les

parois de la région hypogastrique, on aurait abaissé le corps de l'utérus pour le faire approcher, par cette criminelle manœuvre, le plus près possible, des parties externes de la génération, et atteindre avec plus de facilité, le corps du fœtus.

On ajouta que cette opération exécutée à deux fois différentes n'aurait pas occasionné des douleurs bien aiguës dans la matrice; et que peu d'instans après, il se serait écoulé, par la vulve, une sérosité limpide et du sang; que néanmoins cet écoulement n'aurait pas empêché cette dame de revenir à son domicile et après un repos de quelques jours, d'aller danser; que cependant, le dixième jour environ après ces deux acupunctures, des douleurs abdominales se seraient plus sensiblement développées et qu'ayant augmentées d'intensité, ainsi que la perte utérine, elle aurait rendu par la vulve, un fœtus mort-né d'environ trois mois et demi de conception, avec une très-faible portion du placenta; que depuis cette sortie du fœtus, la dame*** n'éprouva, pendant environ vingt jours, d'autres indispositions qu'une sensibilité dans le corps de la matrice, sensibilité augmentant par le toucher du bas-ventre ou bien par une pression même assez légère, qui déterminait alors des douleurs assez vives dans la région hypogastrique.

Tel aurait été la position de la dame ***., lorsqu'un mois après l'opération de cette acupuncture utérine (le 19 septembre suivant), elle fut prise tout-à-coup des symptômes graves que nous venons d'énumérer et qui se terminèrent si promptement par la mort.

Résultat de l'enquête judiciaire sur cette mort subite.

Rapport fait à M. le commissaire de police lors de la Ire *visite du corps.*

Nous soussigné, avons procédé à la visité et à l'examen du corps de la dame *** qui venait de succomber par suite d'une maladie fort grave dont les causes inconnues exigeaient l'intervention de la justice.

De cette inspection médicale faite avec la plus scrupuleuse attention, il résulte les observations suivantes :

Le corps ici présent du sexe feminin, nous paraît être celui d'une femme âgée d'environ trente-six ans, d'une assez forte constitution et d'un tempérament nervoso-sanguin; nous ne remarquons sur toute sa surface, aucune trace de lésion, ni solution de continuité extérieure; seulement sept à huit taches d'un brun jaunâtre s'observent du côté droit de la face près la commissure des lèvres; la face est fortement injectée d'un bleu violet foncé, les paupières sont contractées de telle manière que les yeux sont entièrement mis à découvert, les pupilles très-dilatées, les ongles des extrémités supérieures sont aussi d'un bleu foncé; il existe encore de la chaleur animale; le ventre est météorisé, les extrémités inférieures sont allongées, sans contraction bien marquée.

L'ensemble général du cadavre et surtout le facies, offrent *quelques symptômes particuliers qui ne s'observent pas ordinairement dans les morts subites naturelles.*

La mort est certaine, elle a eu lieu il y a environ deux heures; quant à la cause qui l'a déterminée, nous ne pouvons l'indiquer par la simple inspection extérieure du cadavre.

Les renseignemens recueillis par nous sur les circonstances qui ont précédé cette mort subite, tels par exemple, que les vomissemens de matière billieuse, la soif excessive et intense accompagnée de douleurs aiguës dans la poitrine, l'estomac et surtout dans la région hypogastrique, contribuent davantage à nous laisser dans la plus grande incertitude sur la véritable cause de la mort de la dame ***.

L'autopsie cadavérique pourra seule nous éclairer sur le diagnostic de la maladie.

En foi de quoi, etc.

Signé Tacheron.

Par suite de ce rapport qui fut immédiatement transmis à M. le procureur du roi, il intervint de la part de ce magistrat, une ordonnance prescrivant l'autopsie cadavérique et demandant la solutions des questions suivantes :

Constater 1° Si la mort a eu lieu par suite de quelques drogues ou médicamens; ou si elle a été déterminée par suite de quelque opération faite dans la matrice.

2° Constater les traces d'avortement qui peuvent exister.

4° Combien de temps la dame *** pouvait survivre à l'opération qu'elle a éprouvée, si, par exemple, elle a pu survivre un mois; ou si au contraire, la mort a pu ou dû être immédiate.

4° Si par des remèdes ou un traitement, elle aurait pu prolonger son existence; ou si au contraire le défaut de traitement à pu hâter sa mort?

En vertu de cette ordonnance nous procédâmes le 21 septembre 1829, conjointement avec M. le docteur Hatin, désigné pour nous assister, à l'autopsie du cadavre de madame ***; en voici le résultat exact.

État extérieur.

Le corps conservait un embonpoint très-marqué; la peau était soulevée par un emphysème considérable, de manière à produire une obésité très-prononcée; la décomposition cadavérique était tellement avancée, qu'on aurait cru que le cadavre avait séjourné pendant cinq à six jours dans l'eau, ou aurait été exposé à l'air atmosphérique; sur tout le côté droit du thorax et de l'abdomen, on remarquait de nombreuses phlyctènes remplies d'un liquide noirâtre; la peau avait acquis dans ces parties, une couleur verdâtre très-prononcée, le côté gauche du tronc était un peu moins avancé en putréfaction; le visage était fortement empreint d'une couleur d'un bleu violet très-foncé; il s'écoulait des narines et de la bouche, une assez grande quantité de sérosité sanguinolente; l'abdomen était fortement météorisé.

Nous n'avons remarqué sur toute la surface du cadavre, aucune trace de lésion, ni solution de continuité extérieure.

Etat intérieur.

Crâne. Toute la dure-mère présentait une teinte rosée très-prononcée, l'arachnoïde paraissait avoir contracté quelques adhérences, dans toute sa partie moyenne et antérieure, avec la masse encéphalique.

Le cerveau, d'une consistance ordinaire, était notablement plus injecté que de coutume, il s'écoulait par les diverses sections qu'on y pratiquait, des gouttellettes de sang, les ventricules latéraux contenaient environ une once de sérosité sanguinolente.

Le cervelet était aussi un peu injecté, mais bien moins cependant que le cerveau; il ne s'écoulait pas de sang par les sections qu'on y faisait.

Environ une demi-once de sérosité sanguinolente se trouvait épanchée à la base du crâne, du reste la masse cérébrale n'offrait rien de particulier.

Thorax. Les poumons étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité, seulement nous avons observé quelques adhérences anciennes du poumon gauche avec la plèvre correspondante; environ *douze onces* de sérosité sanguinolente se trouvaient contenues dans les deux cavités du thorax.

Le péricarde, le cœur et les gros vaisseaux, ne présentaient rien de remarquable, ils étaient dans leur état naturel; seulement le ventricule droit du cœur était fortement dilaté.

Abdomen. Une demi-pinte environ d'une sérosité sanguinolente s'est écoulée de la cavité péritonéale.

Tous les organes contenus dans cette cavité, examinés extérieurement offraient une teinte rosée très-prononcée; l'estomac était plus rouge que les intestins; on n'observait néanmoins aucune trace de phlogose péritonéale ou intestinale; à travers ces organes, nous avons distingué, dans la région hypogastrique, tout le corps de la matrice qui faisait une saillie de trois pouces au-dessus des os pubis, sa couleur était d'un rouge violacé marbré très-remarquable; un emphysème sous séreux très-prononcé, existait dans toute l'étendue du mésentère.

Tout le tube intestinal examiné extérieurement, ne nous a présenté aucune espèce de lésion qui pût nous expliquer la présence du liquide sanguinolent trouvé dans la cavité abdominale.

Après avoir lié l'estomac par les deux extrémités, nous l'avons extrait de l'abdomen et avons recueilli dans un vase, le liquide qu'il contenait; son intérieur examiné avec soin, nous a fait reconnaître que sa partie antérieure était d'une couleur rosée, tandis que sa partie postérieure était recouverte d'une couche noirâtre analogue au liquide recueilli; du reste cet organe ne nous a offert aucune lésion morbide qui pût faire penser que des substances corrosives ou vénéneuses y aient été introduites.

Tous les intestins étaient intérieurement dans leur état naturel, ils ne contenaient aucun liquide.

Le foie était assez volumineux, d'une couleur noire marbrée; sa substance était ferme. La vésicule biliaire ne contenait qu'un peu de bile foncée et noirâtre; les parois étaient emphysémateuses.

La rate d'un volume ordinaire était d'une consistance assez remarquable et très-noire.

Les reins également noirs, étaient d'une consistance normale.

La vessie, complètement vide, était saine.

La matrice examinée avec la plus scrupuleuse attention, nous a présenté les particularités suivantes :

Mesurée du museau de tanche jusqu'à son fond extérieurement, elles nous a offert *cinq pouces et demi* de hauteur; dans le milieu de son corps, *quatre pouces* de largeur; son épaisseur totale était de *deux pouces*; au milieu de son fond, se rencontrait une tache noirâtre d'environ un pouce d'étendue en tous sens et paraissant le résultat d'une ecchymose; un peu à droite de cette tache noirâtre, nous avons observé un pertuis de forme ronde, ayant environ une ligne d'étendue, en tous sens, et conduisant dans l'intérieur de cette ecchymose; la profondeur de cette ouverture accidentelle était de trois lignes; en arrière et toujours au milieu du fond, nous avons remarqué un second pertuis qui conduisait seulement sous la membrane séreuse. Cette seconde ouverture n'offrait qu'une ligne et demie de profondeur, elle était également de forme ronde et présentait la même dimension extérieure que le premier pertuis.

Le museau de tanche, a pu facilement recevoir l'extrémité du petit doigt, il était gonflé et ramolli; il présentait à droite, une cicatrice résultat d'un accouchement antécédent et laissait suinter une matière muqueuse sanguinolente et noirâtre; il faisait dans le vagin, une saillie de quatre lignes.

Les parois de toute la matrice, divisées au moyen d'une section longitudinale, nous ont présenté savoir : *neuf lignes d'épaisseur* dans le milieu, et *six lignes* dans le col; la cavité de ce dernier n'offrait rien de remarquable, mais immédiatement au-dessus, le corps de l'organe utérin, était dans un degré de ramollissement très-avancé, son tissu parenchymateux se déchirait sous la plus légère pression; il était de couleur brun foncé; ce ramollissement formait une zone complète ayant un pouce en hauteur.

Le reste de la cavité de la matrice d'une couleur moins foncée, présentait plus de consistance. Nous n'avons remarqué sur toute la face interne, aucune trace d'ouverture accidentelle ayant pu communiquer avec les deux pertuis trouvés à la face externe de l'utérus; du reste rien n'indiquait qu'un placenta se fût inséré dans un des points de l'organe.

Nous avons recueilli avec soin plusieurs caillots de sang, au milieu desquels se rencontraient deux lambeaux de *membranes organisées*, dont l'une avait trois pouces de longueur sur deux de largeur; l'autre un peu moins grande, était tellement irrégulière que nous n'avons pu préciser les dimensions.

Ces lambeaux nous ont paru être des débris de membranes qui auraient enveloppé un embryon, toutefois l'examen le plus attentif, ne nous fait découvrir aucune trace de cet embryon.

L'état de toute la matrice et notamment la zone indiquée d'autre part, ne nous ont laissé aucun doute

sur l'existence d'une inflammation vive et récente de l'organe utérin.

Les annéxes de la matrice étaient dans leur état naturel.

De ce qui précède, il nous semble pouvoir conclure que la mort de la dame *** doit être attribuée à la lésion observée dans la matrice, et caractérisée par une inflammation fort vive et récente de cet organe;

Que les deux pertuis observés sur son corps peuvent bien avoir été le résultat de violences extérieures au moyen de l'introduction dans l'utérus d'un instrument piquant qui aurait été dirigé dans l'intention de détruire l'embryon renfermé dans cet organe, néanmoins aucune ouverture accidentelle ne s'étant rencontrée sur la face interne de la matrice et par conséquent aucune correspondance ne se trouvant établie entre ses ouvertures extérieures observées sur le sommet du fond de l'organe et sa propre cavité, nous ne pouvons affirmer que ces pertuis soient le résultat de l'introduction d'un instrument quelconque; il serait cependant possible que le temps écoulé entre la tentative d'avortement et la mort, ait produit la cicatrice des ouvertures intérieures;

Que les portions de membranes trouvées dans la matrice; que le volume assez considérable que cette dernière avait conservée, que son élévation prononcée au-dessus des pubis, que le suintement sanguinolent observé au museau de tanche, sont de fortes raisons de soupçonner que la dame *** avait fait une fausse couche depuis peu de temps.

Fait et rédigé à Paris, ce 21 septembre 1829.

Signé TACHERON, J. HATIN.

Les six et sept octobre suivant, nous médecins soussignés avons procédé, en présence de nouveaux experts, à un nouvel examen de l'estomac, de la matrice et des portions de membranes trouvées dans l'intérieur de celle-ci, autant que l'état actuel de ces organes le permet, ainsi qu'à l'analyse chimique du liquide trouvé dans l'estomac de la dame ***. Les différens vases dans lesquels étaient contenus ces organes ayant été apportés au laboratoire de la pharmacie centrale des hôpitaux, ils en ont été extraits simultanément, pour être l'objet d'un examen particulier.

Estomac. Il offrait encore la même teinte rosée dans toute sa partie antérieure, la couche noirâtre recouvrant la partie postérieure existait aussi; la membrane située au-dessous, avait une teinte et une consistance naturelles.

Matrice. Cet organe présentait évidemment le degré de développement qu'il a ordinairement à trois mois et demi de grossesse; on peut encore distinguer une zone d'une couleur plus foncée et même quelques points encore rougeâtres, immédiatement au-dessus du col.

Membranes. Les débris de membranes examinés à la loupe, offraient évidemment une texture celluleuse.

Il est impossible de distinguer dans l'état actuel, et l'organe utérin ayant été divisé en plusieurs portions, les traces des pertuis dont il est question dans le premier rapport:

Il résulte de ce qui précède et en ne concluant que sur l'état actuel des organes fournis à notre examen:

1° Que l'estomac ne présente aucune trace de désordre qu'on puisse attribuer à l'action mortelle d'une substance malfaisante.

2° Que l'état de l'utérus indique évidemment la gestation d'un corps qui a dû être le produit de la fécondation ou bien le produit du développement d'un corps étranger.

3° Que les fragmens de membranes trouvés dans l'intérieur de la matrice, et conservés dans une solution de chlorure de chaux, présentent par leur structure, autant qu'il est possible de les distinguer, les caractères de celles qui enveloppent un fœtus, mais qu'elles peuvent aussi avoir été le résultat de productions naturelles; que cependant l'état de cet organe, ainsi que la nature des membranes qu'il contenait, s'accorde parfaitement avec la supposition d'un avortement.

4° Quant à la question de savoir combien de temps la dame *** pouvait survivre à l'opération qu'on soupçonne lui avoir été pratiquée, si, par exemple, elle a pu survivre un mois, ou si au contraire, la mort a pu ou dû être immédiate:

Il résulte de faits analogues, que la mort n'est pas nécessairement la suite immédiate des tentatives mécaniques faites pour provoquer l'avortement; que, bien au contraire, elle n'arrive ordinairement que plusieurs jours et même plusieurs semaines après la tentative exercée, parce que la maladie qui est le résultat de cette tentative, suit en tous points la marche plus ou moins aiguë ou chronique, qu'affectent en général les inflammations de la matrice.

5° Quant à la dernière question, celle de savoir si par des remèdes ou un traitement, la malade aurait pu prolonger son existence, ou si au contraire, le défaut de traitement a pu hâter sa mort, il est impossible de la résoudre dans l'espèce; bien qu'abstractivement il soit certain qu'un traitement rationnel arrête souvent les progrès des inflammations les plus vives et que l'absence des soins médicaux convenables, si elle ne hâte pas la mort, concourt nécessairement à la rendre plus certaine.

L'examen chimique du liquide trouvé dans l'estomac, n'a fait reconnaître aucune substance à laquelle on puisse attribuer la mort.

Fait et rédigé à Paris, ce 7 octobre 1829.

Ont signé: MARC, TACHERON ET HENRY PÈRE.

SUR LE MOYEN

De distinguer le sang humain du sang des animaux ; par M. le baron de WEDEKIND, à Damstadt.

(*Extrait des Annales de Henke, par* M. MARC.)

Barruel a fait connaître dans le 1er numéro des *Annales d'hygiène publique et de Médecine légale*, la découverte d'un moyen de distinguer, dans des cas médico-judiciaires, le sang humain du sang des animaux. Le sang humain a, selon ce chimiste, une odeur spécifique, différente de celle de tous les autres animaux et qu'on peut reconnaître en opérant même sur une petite quantité. (1)

Il est constant que les médecins, en général, ne font pas assez attention aux principes odorans. Il est certain pourtant que le praticien exercé distingue par l'odorat la variole, la rougeole et d'autres maladies. La transpiration cutanée et pulmonaire, l'urine, les excrémens, sans perdre nécessairement l'odeur qui leur est propre et qui distingue ces matières de celles provenant des animaux, en contractent néanmoins une particulière, dans divers états morbides. Le sang humain, la bile humaine, etc., diffèrent de ces mêmes produits provenant des animaux, non-seulement par l'aspect, mais encore par la saveur et l'odeur.

La chair humaine, les viscères, offrent et doivent offrir les mêmes différences, puisqu'ils sont les produit sécrétés du sang. Lorsqu'on soumet les humeurs et les autres parties d'animaux divers à une décomposition spontanée, elles présentent toutes une odeur spécifique, que la décomposition soit acide, comme celle du suc pancréatique, ou qu'elle soit putride.

Ici la question est de savoir si le sang humain auquel on ajoute de l'acide sulfurique concentré, contracte l'odeur de la transpiration humaine? Il n'est pas douteux que le sang renferme des parties qui deviendraient nuisibles, si elles n'étaient éliminées par la transpiration. Mais ne contient-il pas aussi des parties qui doivent en être séparées par les poumons, les reins ainsi que par la défécation, et dont l'odeur est tout-à-fait différente de la transpiration? Pourquoi donc le sang prendrait-il précisément l'odeur de la transpiration et combien cette odeur ne diffère-t-elle pas selon les diverses circonstances? La sueur des pieds, celle des parties génitales, celle des aisselles, ont une odeur différente de celles du reste de la peau, M. Barruel prétend même distinguer à l'odeur la transpiration de l'homme et celle de la femme, en ce que l'odeur de celle-ci est plus faible que celle de l'autre. Mais la transpiration a-t-elle une odeur très-forte chez tous les hommes et une odeur également faible chez toutes les femmes? l'odeur de la peau du nègre et celle du roux, du châtin ou du brun n'offre-t-elle pas des différences?

Cependant, comme l'assertion de M. Barruel peut devenir d'une haute importance pour la médecine légale, j'ai prié mon ami, M. le docteur Winkler, de répéter les expériences de M. Barruel contre lesquelles j'avais d'ailleurs à objecter que l'acide sulfurique concentré, ajouté à du sang humain plus ou moins corrompu, y développe une odeur fécale. Il m'écrit à ce sujet : « J'ai répété les expériences de Barruel, autant qu'il m'a été permis de me procurer diverses espèces de sang, et je dois déclarer que les résultats que j'ai obtenus sont très-intéressans. Tout le sang que j'ai traité par l'acide sulfurique, avait l'odeur spécifique mentionnée par Barruel. J'ai également reconnu que le sang humain, lorsqu'on y ajoute de l'acide sulfurique, exhale une odeur spécifique, très-sensible, et que je ne saurais mieux comparer qu'à celle de la transpiration sous les aisselles. Je crois aussi avoir observé que le sang de l'homme produisait une odeur plus forte que celui de la femme. »

On ne saurait contester que des substances diverses peuvent exhaler la même odeur et que des substances identiques peuvent avoir une odeur différente. On sait que certains fromages ont la même odeur que certaine matière. Sans parler du *chenopodium vulvaria*, je citerai sous le premier rapport la rosethé, comme sous l'autre rapport je mentionnerais la différence de l'odeur de l'urine provenant d'un homme sain qui a pris de la térébentine.

Pourquoi l'odeur du sang ne serait-elle pas modifiée par certains alimens, tels par exemple que des asperges, ou par certains médicamens, tels que le camphre, l'*assa fœtida*, etc.? Cependant ces objections auraient peu de valeur s'il était bien établi que le sang humain, mêlé à de l'acide sulfurique, puisse être distingué à l'odeur de toute autre espèce de sang. J'ai cru, pour m'en assurer, devoir prier M. Ehrhardt, pharmacien de la cour, de répéter les expériences de Barruel.

M. Ehrhardt a opéré sur du sang de bœuf, de mouton de porc et les a comparés avec du sang humain. Tous ceux qui ont été appelés à constater les faits par l'odorat, sont convenus que chaque espèce de sang avait une odeur particulière; mais lorsqu'il s'est agi de comparer cette odeur avec toute autre, les opinions ont varié, et je crois avoir remarqué que dans cette affaire, les idées préconçues ont exercé une certaine influence.

Enfin je priai M. le pharmacien Merk, chimiste très-habile, d'essayer de résoudre la question dont il s'agit. Voici ce qu'il m'écrivit à ce sujet : « Je me permettrai les remarques suivantes sur le moyen de Barruel de distinguer par l'odorat, à l'aide de l'acide sulfurique, le sang de divers animaux. J'ai répété les expériences de ce chimiste sur le sang humain, de bœuf, de porc et de mouton. J'ai trouvé qu'en traitant ce sang par l'acide sulfurique concentré, il se développait en effet une odeur spécifique, et je crois même qu'en s'exerçant, on pourrait parvenir à distinguer par l'odorat chacun de ces sangs. J'ai reconnu qu'en général, le sang des animaux avait une odeur plus forte que le sang humain, et que cette odeur répondait à celle de la chair à laquelle il appartenait.

(1) Je n'ai pas cru devoir rapporter la description que donne M. de Weldekind du procédé de notre collaborateur, puisqu'elle est extraite des Annales.

Le sang de l'homme et celui de la femme semblent également avoir une odeur différente, du moins cela me parut ainsi dans les deux expériences que je fis. L'odeur du sang de la femme se rapprochait de celle de l'acide hydrocyanique, tandis que l'odeur du sang de l'homme ressemblait à celle de la chair fraîche. J'ai eu plus tard l'occasion de traiter par l'acide sulfurique une matière muqueuse, mêlée de bile et qui avait été vomie par un garçon, elle s'est comportée sous le rapport de l'odeur comme du sang d'homme.

« En faisant mes expériences, j'ai employé les précautions suivantes. Je ne me suis servi que d'acide sulfurique parfaitement rectifié, et ne contenant pas d'acide sulfureux. Je n'ai pas mis immédiatement en contact avec l'acide le linge teint de sang, parce que j'avais remarqué qu'en s'y prenant autrement, on développait de l'acide sulfureux; mais j'ai eu soin de dissoudre dans un peu d'eau distillée le sang desséché, d'exprimer fortement le linge et d'ajouter au liquide, peu-à-peu et goutte à goutte, l'acide, jusqu'à ce que l'odeur commençât à se developper. Si on verse tout-à-coup une trop grande quantité d'acide, on obtient une odeur acide, capable d'empêcher qu'on ne distingue le véritable arôme. »

On peut donc établir que le sang humain, traité convenablement par l'acide sulfurique, exhale une odeur *sui generis*, sans que cette odeur soit précisément celle de la transpiration. Mais l'application de cette expérience à la médecine légale, ne me paraît guère admissible, ne serait-ce que par la raison que toute décision à fonder par l'odorat, ne saurait être abandonnée à un seul individu et que plusieurs ne porteraient pas le même jugement, d'après le proverbe : *De gustibus et odoribus non est disputendum.* Les jurisconsultes exigent avec raison que les données fondées sur les sens soient prouvées, ce qui serait fort difficile dans le cas dont il s'agit. Il faudrait en effet supposer chez l'expert un grand exercice du sens de l'odorat, et il faudrait en outre prouver que le jour de l'opération, ce sens aurait agi dans toute sa plénitude.

RAPPORTS JUDICIAIRES

Faits dans le but de reconnaître la nature de taches sur le linge; par A. Chevallier.

Nous, experts soussignés, chargés de procéder à l'examen de taches provenant d'un écoulement, présumé venir des attouchemens que l'inculpé aurait faits à la fille Joséphine ***, dans le but de reconnaître, s'il est possible, la nature de cet écoulement.

A cet effet, nous nous sommes réunis, le 22 mai, dans le laboratoire de l'un de nous; nous y avons examiné les taches en question.

On remarquait, 1° sur le devant de la chemise et environ à moitié de sa hauteur et dans la partie intérieure, neuf taches, dont deux paraissent être dues à des matières fécales; les sept autres nous paraissent être dues à un écoulement vaginal; ces dernières taches ont une couleur jaunâtre; dans quelques points, on distingue des stries blanchâtres.

Ces taches, qui n'ont pas de rudesse au toucher, ne nous ont pas présenté les mêmes phénomènes que les taches de sperme qui ordinairement sont grises, et qui donnent au tissu l'apparence de linge qui aurait été fortement empesé ou gommé.

2° Sur le derrière de la chemise, on remarque de grandes taches jaunes; mais ces taches ont été causées par des matières excrémentitielles.

Examen chimique.

Une partie du linge taché a été enlevée de la chemise, puis mise en contact avec de l'eau distillée; à l'aide d'un tube, on a agité, afin de détacher ou dissoudre les matières faisant tache; la liqueur s'est troublée légèrement; elle paraissait tenir en suspension des traces d'une matière floconneuse; l'eau qui avait dissous la plus grande partie de la matière n'était pas sensiblement alcaline; évaporée à siccité, elle a fourni un léger résidu qui avait une forte odeur d'urine. Ce résidu, qui était visqueux, se trouvait mêlé à divers sels. Divisé dans plusieurs verres, et soumis à l'action de l'alcool et de divers réactifs, on reconnut que ce résidu consistait en un mélange de mucus, peut-être d'un peu d'osmazome et de divers sels, parmi lesquels nous avons distingué des acetates et des hydrochlorates de soude et d'ammoniaque, enfin une matière odorante ayant l'arôme de l'urine. Il résulte de nos expériences, que les taches existantes sur la chemise de la nommée Joséphine, ne sont pas dues à du sperme, mais bien à un écoulement vaginal. Il nous est impossible de déterminer quelles sont les causes qui ont pu produire cet écoulement, et quelle est sa nature.

Paris, le 26 mai 1830.

Essais chimiques faits au sujet d'une accusation de tentative de viol.

Nous, etc., etc., chargés d'examiner quelle est la matière qui a fait des taches sur un drap de lit à l'usage de la petite G*** ; après avoir prêté serment entre les mains de M. le juge d'instruction, nous nous sommes rendus dans le laboratoire de l'un de nous, où nous avons procédé de la manière suivante :

Le drap de la petite G*** a été déplié pour examiner ces taches, qui étaient au nombre de vingt-huit.

Ces taches étaient inégales, d'une couleur grisâtre; elles sont rudes au toucher, elles donnent au tissu l'apparence du linge fortement empesé ou gommé.

Examen chimique.

Une partie du linge enduit de la matière qui lui donnait de la consistance, a été enlevée du drap et mise en contact avec de l'eau distillée. A l'aide d'un tube, on a agité, pour détacher la matière glutineuse qui adhérait au tissu. La liqueur obtenue était trouble et elle tenait en suspension une matière flo-

connence, qui ne se dissolvait pas dans l'eau distillée. Celle-ci était devenue alcaline, ainsi que nous nous en sommes assurés à l'aide du papier de tournesol rougi.

L'eau alcaline, additionnée d'alcool, se troublait davantage, et par les repos on obtint un précipité floconneux très-volumineux.

Le liquide contenant les flocons, évaporé, a fourni un résidu jaunâtre, qui, calciné dans un petit tube de verre, s'est décomposé comme le font les matières animales, en fournissant des vapeurs qui bleuissaient fortement le papier de tournesol rougi.

Une portion du linge taché ayant été imbibée d'eau, examinée au bout de quelques minutes, on remarquait sur ce linge une matière mucilagineuse, qui glissait entre les doigts.

Une partie du linge non taché, traitée par l'eau distillée, celle-ci ne s'est pas troublée; elle est cependant devenue légèrement alcaline; évaporée, elle a fourni un très-petit résidu. Ce résidu, calciné dans un tube de verre, a fourni des vapeurs ammoniacales, mais en très-petite quantité.

Du linge pris dans les parties du drap qui n'étaient pas tachées ayant été imbibé d'eau, n'est pas devenu poisseux, comme le faisait le linge taché.

Des expériences qui précèdent on peut conclure, 1° que les taches existantes sur le drap de la fille G*** sont dues à une matière mucilagineuse alcaline; 2° que cette matière mucilagineuse, est en partie soluble dans l'eau, et en partie insoluble dans ce liquide. (1)

Ces caractères appartiennent certainement au *sperme;* mais il est de notre devoir de dire que ces caractères peuvent aussi appartenir à d'autres substances animales. En effet, des expériences faites au même moment sur du linge sali par un écoulement blanc qui avait taché le linge d'une manière analogue au drap que nous examinions, ont fourni, par l'eau, l'alcool, le papier de tournesol et l'action de la chaleur, des résultats analogues à ceux obtenus lors du traitement du linge taché, détaché du drap de lit de la fille G***.

Nous, Chevallier, vu la procédure commencée contre le nommé ***, inculpé de tentative de viol sur la personne de Thérèse ***, âgée de 11 ans; et vu l'ordonnance de M. Fournerat, du 4 avril 1833, de laquelle il résulte qu'attendu que, le 17 mai dernier, le commissaire de police a saisi la chemise dont était vêtue la susnommée à l'époque des violences exercées sur elle; que d'après l'état de ce vêtement et les remarques faites par le medecin chargé d'examiner Thérèse, il se trouve sur ladite chemise une assz grande quantité de sanie purulente et sanguinolente, mêlée de matière fécale; qu'en outre, plusieurs taches existantes sur ladite chemise et qui, sanguinolentes, paraissent contenir, d'après ledit docteur, des matières spermatiques, ce que cependant il ne peut affirmer,

Que, malgré la répugnance que doivent occasioner de semblables détails, il est cependant nécessaire puisqu'ils ont quelques rapports avec le corps du délit, de chercher à vérifier et à approfondir ces dires, ce qui ne peut être fait que par suite d'expériences chimiques;

Chargeons M. Chevallier d'examiner, serment préalablement prêté entre nos mains, la chemise de Thérèse ***, par tous les moyens chimiques, à l'effet d'indiquer si les taches qui existent proviennent réellement de sang et de liqueur sparmatique, et de rapporter ladite chemise avec le procès-verbal d'expertise.

Pour répondre au désir de l'ordonnance précitée, nous nous sommes rendus dans le cabinet de M. le juge d'instruction, où, après avoir prêté serment de bien et consciencieusement remplir la mission qui nous est confiée, il nous a été fait remise de la chemise dont il est question dans l'ordonnance, chemise à laquelle était jointe une étiquette indicative, portant le sceau de M. le juge d'instruction.

Et de suite nous nous sommes rendus dans notre laboratoire, où nous avons d'abord procédé à l'examen physique des taches existantes sur ladite chemise.

Examen des taches qui se trouvent sur la chemise.

La chemise étant dépliée et étendue sur une table, nous reconnûmes, 1° qu'elle était marquée MM. et accompagnée d'une étiquette portant ces mots : Chemise saisie, le 27 mars 1833, sur la fille Thérèse, par le commissaire de police de Gentilly, représenté à l'inculpé, cejourd'hui 26 mars. Signé Fournerat et Laisné; 2° que cette chemise, d'après ses dimensions, paraît appartenir à une jeune fille de 10 à 12 ans; 3° qu'elle est formée de plusieurs pièces rajustées, et qui indique qu'elle appartient à un enfant peu fortuné; 4° qu'elle est salie en bas sur le devant par des taches les unes sanguinolentes, les autres excrémentielles; et quelques-unes plus rares, paraissent avoir été produites par une substance muqueuse de nature animale, qui s'est desséchee sur le tissu; sur le côté droit, existe une tache sanguinolente; 5° que cette chemise et salie, sur le derrière, par de nombreuses et larges taches de matières excrémentielles, mêlées de beaucoup de sang et de sérosité. L'examen de ces taches nous porterait à croire que la fille Thérèse était réglée, et qu'elle était à l'époque de ses mois. Une partie des taches dont nous venons de parler, ont été détachées de la chemise à l'aide de ciseaux et divées en trois groupes.

1° Le linge chargé de taches *sanguinolentes;*

2° Le linge chargé de taches *excrémentielles;*

3° Le linge chargé de taches *produites par un mucus animal desséché.*

Examen des taches sanguinolentes.

Le linge qui supportait ces taches a été mis en contact avec de l'eau distillée; en ayant soin de suspen-

(1) Du linge taché depuis un certain temps par du sperme, et mis en contact avec ce liquide ne donna pas la moindre trace de matière insoluble. Se serait-il exercé là une décomposition. Ce linge avait cependant été conservé dans un lieu sec.

dre le linge taché dans la partie supérieure du vase, de façon cependant à ce qu'il fût en contact avec le liquide, mais sans pouvoir se précipiter au fond du vase. Bientôt l'eau qui était en contact avec le linge se chargea d'une matière soluble, provenant de la tache qui, en la rendant plus pésante, la forçait à se précipiter au fond du vase, en se faisant apercevoir sous la forme de stries, de couleur rougeâtre. Au bout d'une heure, le liquide qui se trouvait à la partie inférieure du vase avait acquis une couleur rouge-brune, analogue à celle fournie par le linge taché de sang.

Cette liqueur colorée, séparée du linge, a été soumise à l'action des réactifs; elle présentait les caractères suivans.

1° Elle bleuissait le papier de tournesol. (1)

2° Chauffée à 100° centigrades, dans un tube de verre fermé par une de ses extrémités, elle se troublait et donnait naissance à un coagulum *d'un gris rosâtre*, qui traité par quelques gouttes de potasse caustique, se redissolvait en donnant à la liqueur une couleur verte par réflexion, et rouge-brune par réfraction.

3° Elle précipitait en gris rosâtre, par l'infusion de noix de galle.

La réunion de tous ces caractères démontre évidemment que ces taches ont été produites par du sang; ce que leur couleur a fait présumer.

Examen des taches produites par des excrémens.

Le linge taché en jaune a été mis en contact avec l'eau distillée, qui bientôt a acquis une couleur jaune et une odeur caractéristique; ce liquide colorait en bleu le papier de tournesol rougi; ce qui peut être attribué aux matières fécales, si on en croit les auteurs qui ont écrit sur ce sujet; mais non-seulement en ce que les matières excrémentielles qui avaient donné lieu aux taches que nous examinons, étaient mêlées d'autres matières animales jouissant de cette propriété (2); mais encore à l'alcalinité du linge qui avait reçu les matières formant taches.

En examinant la manière dont ces taches se comportaient avec l'eau, on reconnait qu'elles ne se dissolvaient qu'en partie dans l'eau distillée, et qu'elles donnaient à ce liquide une odeur fétide.

Le liquide filtré, soumis à l'action des réactifs, a présenté les caractères suivans :

1° Il était précipité par l'infusion de noix de galle.

2° Evaporé dans une petite capsule de verre, à une douce température, il a laissé dégager une odeur d'excrément et a fourni un coagulum albumineux et mêlé à une matière jaune verdâtre, légèrement acide et sucrée, analogue pour sa saveur avec le picromel.

Ces taches avaient évidemment été fournies par des matières excrémentielles qui avaient sali le linge.

Examen des taches produites par une substance muqueuse de matière animale.

Ces taches examinées comparativement avec des taches produites sur du linge par de la liqueur spermatique (1), nous ont paru moins fermes. Elles ne donnaient point au linge cette apparence *empesée* que produit sur le linge la liqueur spermatique de l'homme; elles avaient plus de ressemblance ou d'analogie avec les taches qui existaient sur du linge taché par un écoulement vaginal. Le linge de la fille Thérèse, qui supportait ces taches, a été mis en contact avec de l'eau distillée, et pour agir convenablement nous avons placé en même temps dans un autre verre contenant de l'eau distillée, du linge taché par du sperme; nous avons ensuite examiné comparativement l'action de l'eau sur ces taches; nous étudiâmes avec attention la manière dont le liquide se comportait avec les taches produites par le sperme, et celles enlevées du linge de la fille Thérèse, que nous avions à examiner. Voici ce que nous avons observé: le linge taché par le sperme ne troubla presque pas la transparence du liquide. Il n'en fut pas de même du linge taché, détaché de la chemise de la fille Thérèse. Ce liquide devint très-louche, et à la partie inférieure du vase on apercevait des flocons assez nombreux. Le linge taché par le sperme devenait visqueux après son immersion dans l'eau; il n'en était pas de même du linge taché, que nous sommes chargés d'examiner.

Les deux liquides provenant de cette opération furent, après avoir été séparés du linge, soumis à l'action des divers réactifs. Voici comment ces liquides se comportaient : Ils étaient tous deux précipités par l'acide nitrique; mais leur réactif donna naissance, dans le liquide obtenu des taches de sperme, à quelques flocons seulement, et à des flocons plus

---

(1) Cette alcalinité ne peut être totalement attribuée à la matière animale qui forme les taches, par la raison que toutes les parties de la chemise de la fille G***, mises en contact avec l'eau, lui donnent la propriété de bleuir le papier de tournesol. Cet effet, que nous avons aussi remarqué sur du linge qu'on avait rapporté à l'instant de la lessive doit être pris en consideration; en effet, on ne peut attribuer l'alcalinité dans ce cas à la matière qui a formé taché, mais peut-être aux alcalis employés par les blanchisseurs dans le nettoiement du linge. Il faut donc renoncer à ce caractère, à moins qu'on ne se soit assuré d'avance, que le linge taché n'est pas susceptible de communiquer à l'eau la propriété de bleuir le papier de tournesol ou de verdir le papier de mauve.

(2) Vauquelin, dans son Mémoire sur le sperme publié en 1791 dit que presque toutes matières animales verdissent les couleurs bleues végétales, il cite le sang, la bile, le lait, les larmes, le mucus des narines, la salive, la liqueur qui coule dans les gonorrhées, celle qui s'échappe dans le vagin des femmes pendant le coit.

(1) Nous occupant d'un travail sur les taches produites non-seulement par des matières animales, mais encore par d'autres substances, nous avions en notre possession, des objets de comparaison. Cette collection nous a mis à même de reconnaître que les taches faites sur le linge par le sperme ne sont pas toujours de la même couleur. Nous avons vu que ces taches pour la plus grande partie, ont une couleur grise; mais il en est qui ont une teinte jaune, d'autres une teinte rosâtre. Nous ne savons à quoi attribuer ces différences de coloration.

abondans dans le liquide provenant du lavage du linge enlevé à la chemise de la fille Thérèse. Le chlore précipitait les deux liquides ; il n'y avait pas sensiblement de différence entre les deux précipités produits.

Les deux liquides obtenus, soumis séparément à l'évaporation dans des capsules de verre, nous donnèrent des résultats différens. Celui obtenu des taches de sperme ne se coagulait pas par la chaleur, et il exhalait une odeur particulière ayant quelque chose de l'odeur du sperme lui-même ; l'autre, celui qui avait séjourné sur le linge taché de la fille Thérèse, se coagula et répandit une odeur de gélatine animale.

Du linge taché par une femme avait fourni par son contact avec l'eau distillée un liquide qui, placé dans les mêmes circonstances, avait fourni les mêmes résultats que ceux obtenus en traitant les taches faites sur le linge de la fille Thérèse, c'est-à-dire qu'il y avait eu précipitation par le chlore et l'acide nitrique, coagulation lors de l'évaporation, et émission d'une odeur semblable à celle que répand la solution de gélatine lorsqu'on la chauffe. Quelques recherches que nous fîmes pour reconnaître la présence du phosphate de chaux dans les deux résidus n'eurent pas de résultats positifs. Ces deux résidus obtenus étaient alcalins, et bleuissaient le papier de tournesol; mais nous avons déjà dit qu'on ne pouvait tirer aucun parti de ce caractère. D'autres recherches que nous fîmes en brûlant de ces linges tachés *par le sperme et par la fille* Thérèse, nous donnèrent pour résultat de la décomposition des produits contenant de l'amoniaque.

Voulant reconnaître si du linge était taché par du sperme ou par une autre substance animale, nous mîmes sur une lame d'argent de petits morceaux de linge tachés par du sperme, du linge de la fille Thérèse taché par la liqueur muqueuse animale et du linge taché par d'autres substances aussi de nature animale; puis nous exposâmes la lame d'argent à l'action de la flamme d'une lampe à l'alcool. Cette expérience que nous répétâmes plusieurs fois, ne nous donna aucun résultat utile. Nous reconnûmes par cette opération que le sperme prenait une couleur jaune ; mais cette couleur se manifesta aussi sur du linge taché par d'autres humeurs animales. (1)

De ces expériences et de ce qui vient d'être dit plus haut, il nous est démontré :

1° Que les taches sanguinolentes rougeâtres qu'on remarque sur la chemise de la fille Thérèse ont été produites par du sang ; en effet, ces taches, mises en contact avec l'eau, ont fourni par l'eau un liquide qui, soumis à l'action des divers réactifs, s'est comporté de la même manière que le ferait le sang lui-même dissous dans l'eau.

2° Que l'alcalinité qu'acquiert l'eau dans laquelle on place un linge taché, ne doit pas être regardée comme une preuve de l'alcalinité de la matière qui a formé tache, puisque le linge non taché, dans une foule de circonstances, fournit lui-même cette alcalinité à l'eau.

3° Que les taches jaunes qu'on remarque sur la chemise sont dues à des matières fécales;

4° Que les taches produites par un mucus animal desséché, ne nous ont pas paru être des taches spermatiques : en effet, elle ne nous ont pas présenté les mêmes caractères que les taches produites sur du linge par du sperme, taches que nous avons examinées comme objet de comparaison.

Paris, le 17 janvier 1833.

A. Chevallier.

(1) Pendant cette expérience qui, nous l'avons déjà dit, a été repétée à plusieurs reprises, nous avons reconnu que le sperme *roussi* c'est-à-dire, légèrement torréfié, répandait assez souvent une odeur de pain brûlé. D'autres humeurs animales laissaient exhaler une odeur de suif.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

RAPPORT

Sur un mémoire de M. Ozanam, médecin du grand hôpital de Lyon; Par MM. Renauldin, Marc, Delens, Pelletier, et Chevallier, rapporteur.

Existe-t-il de l'arsenic dans la matière des tubes de verre blanc?

Messieurs,

Vous nous avez chargés de l'examen d'un mémoire rédigé par M. Ozanam, et qui vous a été communiqué par M. le garde-des-sceaux, avec invitation de lui faire un rapport sur le travail de ce médecin. C'est ce rapport que nous venons vous soumettre.

Dans ce Mémoire, qui a pour but de démontrer l'absence de l'arsenic dans les tubes de verre blanc, M. Ozanam explique ce qui l'a porté à traiter ce sujet :

Ayant été chargé par le ministère public, conjointement avec un pharmacien de Lyon, M. Idt, d'examiner les débris d'un cadavre enterré depuis sept ans, pour rechercher si la mort de l'individu inhumé n'avait pas été causée par le poison, ils établirent dans un premier rapport que les débris du cadavre contenaient des traces d'arsenic; plus tard, l'un des deux experts, M. Idt, s'étant rétracté par une lettre écrite au procureur général, et ayant déclaré depuis, devant les assises, que l'arsenic qu'ils avaient obtenu lors de leurs opérations, provenait de tubes de verre mis en usage pendant les expériences analytiques, l'accusée fut absoute.

M. Ozanam, ne partageant pas les opinions de son collègue, fit diverses expériences qui le portèrent à poser les questions suivantes :

1° Emploie-t-on en France l'arsenic dans la fabrication des verres blancs, etc., et surtout dans les verres qui servent à fabriquer les tubes et autres instru-

mens de verre, qui sont employés en chimie? Cet arsenic, s'il en existe, peut-il, lorsqu'on chauffe les tubes de verre au rouge, se dégager, et en se régénérant s'attacher aux parois des tubes et les faire miroiter?

2° A quel état se trouve l'arsenic? est-il combiné avec la silice, la potasse ou la soude qui forment le verre?

3° Les réactifs dont on se sert pour précipiter l'arsenic ou pour en reconnaître la présence dans les solutions mises dans des verres à expérience, sont-ils capables de décomposer l'arsenic qu'on suppose exister avec les matières qui formeraient partie constituante du verre?

M. Ozanam, dans une autre partie de son Mémoire, fait connaître les expériences qu'il a faites pour rechercher dans une partie des tubes qui lui restaient la présence de l'arsénic, expérience qui l'ont porté à conclure que ces tubes n'en contenaient pas. Il cite ensuite les résultats analytiques d'un grand nombre de verres blancs, résultats dans lesquels la présence de l'arsenic n'est pas indiquée. Ces résultats sont tirés des ouvrages de Baumé, de Bertholet, de Loysel, de MM. Thenard, Berthier, Fuches, Dumas, Faraday, etc. Enfin il dit que l'arsenic n'existe que dans le verre de Newelt en Bohême.

Une conséquence que M. Ozanam a tirée de la manière de voir de M. Idt, est la suivante :

Si la présence de l'arsenic dans le verre formant les tubes ou les vases employés en chimie était reconnue et qu'il fût démontré que cet arsenic, lorsque les verres sont chauffés au rouge, fût ramené à l'état métallique et vînt se fixer sur les parois du tube, il en résulterait que tous les rapports juridiques (1) seraient inexacts, informes et nuls, et que, par conséquent, tous les jugemens devraient être réformés et les condamnés, sinon réhabilités, du moins renvoyés absous, si encore il reste de ces malheureux expiant leurs crimes dans les fers.

Cette conséquence a porté les membres de votre commission à faire de nombreuses recherches et expériences, afin de pouvoir répondre aux questions posées dans le Mémoire de M. Ozanam.

Pour résoudre la première question : existe-t-il de l'arsenic dans les tubes de verre blanc? les commissaires ont expérimenté non-seulement sur six espèces de tubes de verre blanc, pris dans le commerce chez différens marchands, mais encore :

1° Sur des tubes de verre blanc, dans la fabrication desquels on avait fait entrer à dessein de l'oxide d'arsenic à la dose de 1/600.

2° Sur des tubes de verre préparé dans une autre verrerie, et dans la fabrication desquels on avait fait entrer à dessein 1/500 d'oxide d'arsenic.

3° Sur deux fragmens de tubes de verre envoyés de Lyon, le 8 mars 1833, par M. Ozanam, comme faisant partie de ceux qu'on avait employés lors de l'opération faite par MM. Ozanam et Idt.

4° Sur des fragmens de verre obtenus en brisant une petite glace étamée et très-mince, qui nous avait été donnée comme *miroiterie d'Allemagne*, venue de Nuremberg.

5° Sur six échantillons de verre à vitre blanc et très-ancien, et qu'on soupçonnait avoir été importé de Bohême. (1)

6° Sur un verre de montre opaque dont l'origine nous est inconnue.

Tous ces verres examinés avec le plus grand soin, ne nous ont pas fourni, lors de l'analyse, la moindre trace d'arsenic, à l'exception du verre de montre opaque, duquel on a obtenu des traces de sulfure jaune d'arsenic, indiquant la présence de ce métal dans la matière qui avait servi a faire le verre.

Les moyens mis en usage par vos commissaires pour rechercher dans tous ces verres, la présence de l'arsenic; sont pour chacun des échantillons les suivans.

On réduisit séparément en poudre les verres à analyser; on les traita dans un creuset par trois parties de potasse à l'alcool, en ajoutant une petite quantité d'eau; on fit chauffer pendant une heure, on fit dissoudre le produit obtenu de cette opération dans de l'eau aiguisée d'acide hydrochlorique; la liqueur provenant de ce traitement fut évaporée presqu'à siccité pour chasser l'excès de l'acide; le résidu fut traité par l'eau distillée aiguisée d'acide hydrochlorique, puis filtrée, afin d'en séparer la silice; la liqueur séparée par filtration, fut ensuite soumise à l'action d'un courant de gaz acide hydrosulfurique, qui, dans quelques-uns des cas, donna lieu à la formation d'un précipité noir de sulfure de plomb; ce précipité fut ensuite séparé du liquide par la filtration, lavé à l'eau distillée, puis traité par de l'alcali volatil, dans le but de redissoudre le sulfure de plomb; la liqueur ammoniacale résultant du traitement du sulfure de plomb, filtrée d'abord, fut évaporée à siccité dans une capsule de porcelaine.

Tous ces traitemens successifs, faits pour chacun des échantillons dont nous avons parlé, nous firent connaître que les verres que nous avions examinés, ne contenaient pas de traces d'arsenic, à l'exception cependant du verre fourni par la poudre obtenue du verre de montre, dont il a été parlé plus haut.

Sur l'objection qu'on nous fit que le sulfure d'arsenic mêlé au sulfure de plomb, pourrait bien ne pas être séparé de ce dernier sulfure par l'ammoniaque, nous primes un mélange de sulfure de plomb et de sulfure d'arsenic, obtenu en faisant passer un courant d'acide hydrosulfurique dans une solution contenant des sels de plomb et d'arsenic, et nous le traitâmes, après l'avoir bien lavé, par l'ammoniaque. Ce réactif sépara le sulfure d'arsenic du sulfure de plomb, et nous obtinmes le sulfure d'arsenic par l'évaporation de la liqueur ammoniacale.

Vos commissaires ont cherché à résoudre la deuxième partie de la première question concernant

(1) Dans les cas d'empoisonnement par l'arsenic, c'est sans doute ce qu'a voulu dire M. Ozanam.

(1) Trois de ces échantillons nous avaient été fournis par M. Acloque.

la régénération de l'arsenic et son dépôt sur les parois du tube de verre; à cet effet, ils ont fait fabriquer du verre en y faisant entrer à dessein un 600 et un 500 d'oxide d'arsenic : ce verre, ainsi préparé, puis converti en tubes, fut examiné de la manière suivante : (1)

Une portion fut réduite en petits tubes de trois pouces de longueur, fermés à l'une des extrémités : plusieurs de ces tubes furent chauffés au rouge, mais sans qu'on aperçut la moindre trace d'arsenic.

Le verre fut réduit en poudre, mêlé à du charbon et de la potasse, puis chauffé au rouge, sans qu'on aperçut encore la moindre trace d'arsenic.

Ces résultats démontrent que ce verre ne contenait pas d'arsenic, quoiqu'on en eût fait entrer dans sa préparation. L'absence de l'arsenic dans ce verre fut encore démontrée par l'analyse qui en fut faite plus tard, par les moyens que nous avons indiqués plus haut.

Pendant que nous nous occupions de ces recherches, nous prenions des renseignemens sur l'emploi de l'arsenic dans les verreries; voici le résultat des renseignemens obtenus.

L'oxide d'arsenic était autrefois très-employé dans les verreries, et on le trouve prescrit dans un très-grand nombre de formules imprimées dans l'Encyclopédie des arts et manufactures, et dans divers ouvrages qui traitent de la fabrication du verre. Il était employé pour décolorer la masse vitreuse et pour détruire les *ondes* et les *cordes* qui existaient dans cette masse. L'emploi de cet oxide est bien mois fréquent aujourd'hui; mais cependant il est encore en usage dans divers établissemens. M. Lacroix nous a assuré que dans une verrerie de Normandie, où il a travaillé, et où l'on fabriquait des instrumens de chimie en verre, on employait de l'oxide d'arsenic, qui était expédié à cet établissement en petits barils; qu'il avait remarqué que lorsqu'on ajoutait cet oxide à la masse vitreuse, il y avait volatilisation de l'arsenic; qu'on avait soin, avant d'ajouter l'arsenic oxidé au verre, de visiter les calemards, pour voir s'il n'y avait personne de couché sur les bois qu'on y met à sécher; que plusieurs fois, des pigeons qui se trouvaient sur le bâtiment, dans le point où se dégageaient les vapeurs arsénicales, avaient été frappé de mort par ces vapeurs.

D'après les renseignemens qui nous ont été donnés par M. Bontemps, directeur de la fabrique de Choisy-le-Roi, l'arsenic n'est employé que fort rarement dans la fabrication du verre; les fabricans de cristaux ne l'emploient pas, si ce n'est dans des cas très-rares; les fabriques de gobletterie ordinaire, sans oxide de plomb, n'emploient pas l'arsenic, on ne l'emploie pas non plus dans la fabrication des bouteilles, ni dans celle du verre à vitre commun, mais quelquefois seulement dans la fabrication du verre à vitre blanc.

L'arsenic, dans ce cas, est employé à l'état d'acide arsénieux; et comme dans cet état il est exposé à la température du fourneau de verrerie, et qu'il se sublime sous la forme de vapeur blanche, il s'ensuit que, dans les proportions faibles où on l'emploie ordinairement, il ne doit en rester que des traces dans le verre fabriqué; encore cet oxide, qu'il ne croit pas en combinaison, se volatiliserait par une température élevée ou long-temps continuée.

Selon le même praticien, l'effet de l'oxide d'arsenic est principalement physique et tient à la propriété qu'il a de se sublimer à la température nécessaire pour déterminer la fusion du verre; il dit qu'on l'emploie de deux manières différentes : la première consiste à le brûler avec la composition qu'on enfourne dans le creuset; la seconde consiste à jeter dans le creuset un ou deux morceaux d'oxide d'arsenic; le verre étant alors fondu et très-liquide, l'oxide d'arsenic, en raison de son poids spécifique, gagne le fond du creuset, s'échauffe et se sublime; en se sublimant, il produit une agitation dans la masse vitreuse, agitation qui détruit les *ondes* et les *cordes* qui résultent d'un défaut d'homogénéité dans cette masse.

Lors de cette opération, on voit de très-gros bouillons crever à la surface du verre fondu, et il s'en dégage des vapeurs blanches.

Si le verre n'était pas si liquide par défaut de température, une partie de l'oxide d'arsenic pourrait rester enfermée dans la masse vitreuse.

Selon M. Bontemps, dont nous avons recueilli les observations, comme pouvant être d'une très-grande utilité dans la question dont il s'agit, puisqu'elles ont été faites par un homme éclairé, on n'y emploie guère l'arsenic qu'à la dose de 1/500 à 1/1000; si on l'employait dans des proportions plus fortes, à 1/20, par exemple, il en résulterait un verre opaque, une espèce d'email blanc. Si on faisait, avec ce verre ou émail, des vases destinés à contenir des boissons, il pourrait y avoir quelque danger.

Il en serait de même, selon M. Bontemps, si l'oxide d'arsenic avait été employé dans les fabriques de gobeletterie à la dose de 1/200 à 1/500; mais il faudrait, pour cela, que la température du fourneau n'eût pas été assez élevée, lors de la fabrication.

Ces détails semblent expliquer comment nous avons trouvé des traces d'arsenic dans le verre opaque avec lequel on avait fabriqué le verre de montre, que nous avons examiné, et la recommandation que fait Remer, dans son *Traité de police judiciaire*, d'interdire aux verriers l'emploi de l'oxide d'arsenic dans la fabrication du verre.

Nous pensons, comme M. Bontemps, que l'arsenic, s'il en existait dans le verre, serait interposé entre des mases vitreuses, et que, non combiné, il pourrait en être dégagé par la chaleur; l'absence de l'arsenic dans le verre préparé à dessein, et où l'on avait fait entrer de cet oxide, semble venir à l'appui de cette opinion. Il en est de même des résultats obtenus de l'analyse du verre par un grand nombre de chi-

(1) Ces verres furent fabriqués, l'un à la verrerie de Choisy, sous la surveillance da M. Bontemps : l'autre nous fut fourni par M. Lacroix, qui le fit préparer devant lui.

mistes, qui n'ont pas trouvé d'arsenic dans les verres qu'ils ont analysés.

Pour ce qui se rapporte à la troisième question, de savoir si les réactifs employés pour reconnaître l'arsenic supposé exister dans les verres, peuvent réagir sur le verre arsénié, nous ne pouvons qu'émettre notre opinion sur cette question, puisque nous n'avons pas trouvé d'arsenic, même dans la masse vitreuse où nous en avions fait ajouter. Cette opinion est la suivante: Si les vases employés étaient des vases transparens, tels qu'on les emploie et tels qu'on doit les employer dans les expériences de chimie, faites dans le but de rechercher la presence de l'arsenic, ces réactifs, mis en usage, ne pourraient attaquer le verres formant ces instrumens, et s'emparer des atomes d'arsenic qu'on supposerait dans ces vases.

De tout ce qui vient d'être dit, des renseignemens que nous avons obtenus, et des recherches que nous avons faites, il resulte :

1° Que les verres que nous avons analysés, à l'exception d'un verre de montre fabriqué avec du verre opaque, ne contenaient pas de traces d'arsenic :

2° Que des tubes de verre, dans la matière desquels on avait fait entrer, pendant la fusion, 1/600 d'oxide d'arsenic, ne retenaient pas, après la fabrication la moindre trace de cet oxide;

3° Qu'il en est de même des tubes faits avec du verre dans lequel on avait fait entrer, pendant la fabrication 1/500 d'oxide d'arsenic ;

4° Que nous n'avons pas trouvé d'arsenic, non-seulement dans les tubes envoyés, le 8 mars 1833, à l'un de nous, par M. Ozanam, comme étant une partie des tubes mis en usage par MM. Ozanam et Idt, dans les opérations qui ont donné lieu au mémoire de M. Ozanam, mais encore dans les débris d'une petite glace étamée, qui nous a été donnée comme venant d'Allemagne.

5° Que nous n'avons pas pu nous procurer le verre à vitre de Bohême, d'origine certaine; 1° parce que l'entrée de ces verres est prohibée ; 2° parce que les verres à vitres fabriqués en France sont aussi beaux et à meilleur marche ; mais que les recherches que nous avons faites sur des échantillons de verre à vitre blanc *ancien* et *réputé verre de Bohême*, nous ont démontré que ces verres ne contenaient pas d'arsenic.

Les conclusions de ce travail fond penser à vos commissaires, qu'on peut répondre aux questions posées par M. Ozanam de la manière suivante :

Première Question : Emploie-t-on en France l'arsenic dans la fabrication des verres blancs et surtout dans les verres qui servent à fabriquer les tubes et autres instrumens de verres employés en chimie.

Cet arsenic, s'il en existe, peut-il, dans les opérations chimiques et lorsqu'on chauffe les tubes au rouge, se dégager, et en se régénerant, s'attacher aux parois des tubes et le faire miroiter ?

L'arsenic n'est pas generalement employé en France dans la fabrication du verre Cependant il est encore quelques verreries où il est mis en usage à des doses extrêmement petites. Mais cet arsenic se volatiliserait par suite de la température élevée donnée au verre lors de la fabrication ; il en résulte que même du verre dans la masse vitreuse duquel on a fait entrer l'oxide de ce métal, n'en retient pas.

Deuxième Question : A quel état se trouve l'arsenic, s'il en existe dans le verre? Est-il combiné avec la silice, la potasse ou la soude ?

N'ayant pas eu à notre disposition de verre contenant de l'arsenic (1) nous pensons que, lorsque le verre contient de ce métal, c'est que la chaleur donnée à la masse vitreuse n'a pas été assez considérable; dans ce cas, l'oxide d'arsenic reste interposé entre les molécules de la masse vitreuse.

Troisième Question : Les réactifs dont on se sert pour précipiter l'arsenic et pour en reconnaître la présence, dans les dissolutions mises dans les verres à expériences, sont-ils capables de décomposer l'arsenic, qu'on suppose exister dans les matières qui forment partie constituante du verre ?

Si le verre est transparent, tel qu'on l'emploie et qu'on doit l'employer pour les opérations chimiques, les réactifs mis en usage pour rechercher l'arsenic, ne pourraient l'attaquer ; en conséquence les atomes d'arsenic qu'on pourrait supposer dans ce verre, ne pourraient passer dans les liquides employés et induire en erreur sur le résultat des expériences et sur les conclusions qu'on pourrait en tirer ; enfin, toujours, en supposant des atomes d'arsenic dans le verre, il est probable que la chaleur donnée au verre ne suffirait par pour dégager ce métal, le régénérer et donner lieu au *miroitement*.

Post-scriptum. La commission ayant paru regretter qu'on n'eût pu faire des essais sur des verres arsénicaux, ces verres préparés en fabrique et dans lesquels on avait introduit de l'arsenic, n'en retenant aucune trace, il a été résolu que de nouveaux essais seraient tentés dans un *laboratoire*. L'un des commissaires, M. Pelletier, en l'absence de M. Chevallier, rapporteur de la commission, a été chargé du manuel de ce travail subséquent.

Dans une boule de verre soufflée à la lampe d'émailleur et assez épaisse, on a introduit une quantité d'oxide blanc d'arsenic capable d'en remplir la capacité (Il y avait en poids, le quart du poids du verre). La boule a été ensuite ramollie à la lampe, et l'oxide d'arsenic malaxé avec le verre à l'aide d'un tube de même matière. Le verre a été ensuite parfaitement fondu et tiré en baguette. Il était alors d'une transparence parfaite. Les essais les plus minutieux n'ont pu faire reconnaître dans ce verre les moindres traces d'arsenic.

Cette expérience est concluante et vient entièrement à l'appui du rapport.

---

(1) Nous avons bien eu un verre de montre contenant des atomes d'arsenic. Mais la poudre préparée avec ce verre, ayant été employée dans une première opération, nous n'avons pu multiplier nos recherches sur le verre.

Comme c'est toujours à l'état d'oxide que l'on ajoute l'arsenic dans le verre, la question qui nous occupe était déjà résolue ; cependant, il n'était pas sans intérêt de voir si en introduisant l'arsenic dans le verre sous un autre état, on pourrait parvenir à l'y fixer; en un mot, de savoir si l'on pouvait obtenir un verre *usuel* arsénical. Pour y parvenir, s'il était possible, nous avons choisi la combinaison la plus fixe de l'arsenic, *l'arséniate de potasse*. A cet effet, on a d'abord préparé une frite vitreuse en chauffant à un feu violent partie égale de sable blanc et d'arséniate de potasse. Cette frite a été ensuite convertie en verre par l'addition de suffisante quantité de sous-carbonate de soude.

Le verre obtenu était légèrement verdâtre, en partie transparente et en partie opaque; soumis à l'analyse par le procédé que nous avons indiqué et qui consiste à rendre le verre attaquable par ces acides, à éliminer la silice et à précipiter l'arsenic par le gaz hydrogène sulfuré, nous avons obtenu ce métal à l'état de sulfure jaune, puis à l'état métallique, en traitant le sulfure par la soude et le charbon.

Nous étions donc parvenu à obtenir un verre contenant de l'arsenic, il ne s'agissait plus que de voir comment il se comportait avec des réactifs. Nous ferons d'abord observer qu'il était dur; les acides ne l'attaquaient qu'avec peine et seulement lorsqu'il était en poudre et lorsqu'ils étaient concentrés; réduit en poudre fine, mélangé avec du charbon et chauffé dans un tube de verre blanc, ce verre ne nous a pas donné de trace d'arsenic : mais l'expérience ayant été recommencée dans un tube de verre vert extrêmement difficile à fondre, ce qui nous a permis de donner un coup de feu violent, nous avons obtenu des traces sensibles d'arsenic, même en employant les parties de verre les plus transparentes de la masse.

Il suit de ces nouvelles recherches :

1° Que l'oxide d'arsenic, mis dans le verre en fusion, se volatilise entièrement en peu d'instans, et que le verre parfaitement fondu et transparent n'en retient point.

2° Qu'il est très-difficile d'obtenir des verres contenant de l'arsenic, qu'il faut pour cela, *contre tout usage* l'introduire dans le verre à l'état d'acide arsénique uni à une base.

3° Que ce verre, traité par la soude et le charbon ne donne des traces d'arsenic qu'à un feu violent.

4° Que la quantité d'arsenic qu'a donnée, à l'essai pyrognostique, un verre très-chargé d'arsenic, était encore si faible, qu'on n'aurait pu conclure à un empoisonnement par ce métal à l'aide de la quantité obtenue, même dans le cas où se servant d'un tube fait avec ce verre, on aurait attribué les traces d'arsenic, non au verre mais à la matière qu'on y aurait introduite.

5° Qu'en réduisant en poudre fine un verre contenant de l'arsenic et le chauffant fortement dans un tube de *verre réfractaire*, après l'avoir mélangé avec un peu de charbon et de sous-carbonate de soude desséchés, on peut y reconnaître l'arsenic.

6° Qu'attendu que les verres employés pour les expériences de chimie ne contiennent point d'arsenic lorsqu'ils sont inattaquables par ces acides et transparens, parce que, dans ce cas, l'oxide d'arsenic qui aurait pu entrer dans sa composition a été entièrement volatilisé ; on peut raisonnablement penser que, dans tous les cas où l'on a trouvé ce métal dans les recherches chimico-légales, l'arsenic provenait, non du verre, mais des matières analysées.

7° Qu'en supposant, contre toute probabilité, qu'un verre transparent contiendrait de l'arsenic, ce qui ne pourrait être que dans le cas où, contre tout usage l'arsenic aurait été introduit à l'état d'arséniate, il serait toujours facile par un simple essai pyrognostique, de reconnaître la présence de ce métal.

8° Enfin et comme conclusion qui résume tout le travail :

Qu'il est impossible de se laisser induire en erreur dans la recherche de l'arsenic par suite d'empoisonnement présumé, lorsqu'on agit avec les précautions que réclament des opérations de cette importance. (1)

MONOMANIE HOMICIDE

CHEZ UN HOMME PORTÉ AU SUICIDE.

—

RAPPORT

Sur l'état mental de Jacques M., par M. Rottex, médecin de l'hospice de l'Antiquaille.

Jacques M., de Lyon, âgé de vingt-deux ans, ancien élève du séminaire, d'un tempérament bilieux-nerveux, paraît avoir eu toujours un caractère mélancolique et bizarre, et avoir donné, depuis quelques années, des signes évidens d'aliénation mentale.

Sortant du séminaire, au mois de septembre 1832, M... va passer une partie des vacances chez des tantes qu'il a dans le département du Jura. Il est reçu chez M. Perchoud, curé de la paroisse de Hautes-Molunes, qui lui donne une chambre, et le fait souvent manger à sa table. Il ne répond à cet accueil bienveillant que par des observations déplacées, faites avec un ton des plus inconvénans. Cette conduite est attribuée, dans le principe, à un vice d'éducation et à un caractère singulier, et par conséquent excusée par M. Perchoud, Bientôt, M... outrage, sans raison, son bienfaiteur, s'établit maître absolu dans la maison, où il a reçu une généreuse hospitalité; il

---

(1) Nous ne voulons pas dire par là que l'arsenic ne puisse jamais échapper à l'investigateur, ce qui peut avoir lieu s'il existe en quantité extrêmement petite ou si un accident est arrivé dans l'opération, mais bien qu'en cas d'affirmative, c'est-à-dire, d'obtention réelle de l'arsenic, on peut toujours savoir s'il provient de la matière analysée.

injurie le frère et la sœur du curé; il frappe sa domestique; il invite des étrangers à dîner chez lui pendant son absence, il oblige ainsi ce digne ecclésiastique à le chasser, et à instruire de son étrange conduite, le directeur du séminaire de Lyon.

De retour chez son père, il y reste quelque temps. N'ayant pu rentrer au séminaire de Lyon, il part pour Paris, ne peut être admis à Saint-Sulpice; il passe quelques jours à Autum, dans un établissement religieux, d'où il est renvoyé; il revient dans sa ville natale.

Alors, sa mélancolie habituelle augmente; il est en proie à des idées du suicide; il voudrait mourir pour être, débarrassé des peines de ce monde; mais, persuadé que c'est un crime de s'ôter la vie, il imagine qu'il sera moins coupable s'il donne la mort à une personne, à laquelle, du reste, il rendra un grand service, puisque la vie est un fardeau; d'ailleurs cette action le conduira à l'échafaud, c'est-à-dire à l'accomplissement de ses désirs.

Cette persuasion, que la mort est un grand bien, l'a souvent porté au desir de tuer les personnes qui lui sont chères. Ainsi, plusieurs fois, en regardant son frère, âgé de six ans, qu'il croit avoir le même caractère que lui, et qui, par conséquent ne sera pas plus heureux, il a été tenté de le jeter par la fenêtre, et de s'y précipiter après lui.

Dans les premiers jours de cette année, il a dit, à plusieurs reprises, qu'il avait l'intention de tuer deux personnes, et surtout deux prêtres (s'il songeait de préférence a attenter à la vie de deux prêtres, c'est qu'il pensait qu'ils n'étaient pas pères de famille). Poursuivi par cette idée, il vend sa montre, et avec l'argent il achète deux pistolets, il les charge avec des balles qu'il a fondues lui-même dans le moule que lui a prêté l'armurier, et avec de la poudre qu'il possédait depuis plusieurs années. Muni de ces armes, il se rend, le lundi 18 mars 1833, à l'église de Sainte-Irenée, à l'heure à laquelle il savait y trouver M. l'abbé Déjardin, professeur, et ancien directeur de sa conscience. Il se tient à l'écart, il attend que la messe soit dite, et que tout le monde soit sorti de l'église; il tire alors un coup de pistolet à bout portant à M. Déjardin, qui évite heureusement la balle en se baissant, mais qui a son surplis et ses cheveux brûlés.

Au lieu de fuir, après cette action, M... entre au séminaire se rend chez M. le professeur Charbonnel, lui fait part de ce qui vient de se passer, lui dit qu'il a encore un pistolet chargé, le lui remet sans difficulté, et lui demande des lettres de recommandation pour rentrer au séminaire.

Il se rend ensuite tranquillement chez son père, rue Grenette; il y est interogé le lendemain par le commissaire de police, qui l'arrête, le conduit à l'Hôtel-de-Ville, et de là à l'établissement des frères de Saint-Jean de-Dieu, à la Guillottière.

Pendant les premiers temps de son séjour dans cette maison de santé, M..., étant agité, est saigné, et mis à l'usage des bains et de boissons émollientes. Depuis deux mois, il est parfaitement tranquille, et n'a laissé échapper aucune parole incohérente; une fois seulement, il paraissait plus triste qu'à l'ordinaire; et, comme on le pressait de déjeuner, il répondit: Ah! si j'avais des pistolets!

Il nous a remis par écrit le narré exact de tout ce qui lui est arrivé; il a répondu avec calme et précision à toutes les questions que nous lui avons adressées; il n'est plus poursuivi par les idées affreuses qui l'ont porté à attenter aux jours de l'abbé Déjardin; il désire rentrer dans le sein de la société, où il espère se conduire honorablement.

Pour bien apprécier l'état mental de l'accusé, nous croyons devoir fixer spécialement l'attention sur quelques-unes des circonstances qui ont précédé ou suivi la tentative d'assassinat.

M... était d'un caractère mélancolique; très-irritable, très-susceptible et très-vain, ainsi que le prouve le passage suivant de la lettre singulière qu'il écrivit à M. Perchoud, qui l'avait chassé de chez lui: « Quand je serais cent fois plus coupable que je » ne le suis, vous auriez dû vous rappeler que je » suis *accolyte*, et sinon par respect pour ma per- » sonne, au moins pour le caractère sacre dont je » suis revêtu, ne pas permettre et coopérer vous- » même au scandale qui vient d'avoir lieu; une pa- » reille scène ne m'eût pas étonné de la part d'un laï- » que, etc. »

Bientôt, la vie lui est à charge; mais il n'ose se donner la mort, parce que le suicide est un crime; il est alors poursuivi par l'idée d'assassiner deux prêtres, et il finit par tirer un coup de pistolet à l'abbé Déjardin, contre lequel il n'a aucun motif de haine. Il croit lui rendre un service en le débarrassant du fardeau de la vie, porter ensuite sa tête sur l'échafaud, et arriver ainsi lui-même à cesser de vivre, ce qui est le comble de ses vœux.

L'attentat commis, il ne cherche point à échapper aux conséquences d'une pareille action; il ne fuit point: au contraire, il entre au séminaire; il se rend auprès de M. Charbonnel, lui raconte ce qui vient de se passer, lui livre son pistolet, lui demande des lettres de recommandation, et rentre tranquillement chez son père.

Il parait cependant qu'il a surmonté avec peine une sorte de répugnance instinctive avant de se décider à lâcher le coup de pistolet, ainsi que le prouve sa réponse au procureur du roi. « Lorsque je me suis « livré à cette action, je sentais en moi quelque chose « qui me repoussait, il me semblait que j'allais tom- « ber en défaillance; il m'a fallu faire de grands ef- « forts pour en venir là; mais comme j'étais pousse « par une force irrésistible, qu'il me semblait que « c'était mon devoir, j'ai cedé. »

De tout ce qui precède, nous croyons pouvoir conclure que J. M.... au moment où il s'est rendu coupable d'une tentative d'assassinat, était dans un état d'aliénation mentale; qu'il était atteint de cette variété de la monomanie-suicide, compliquée de disposition à l'homicide, qui a été observée et décrite par Pinel, Gall, Georget, et M. Esquirol.

Nous empruntons a ce dernier, le fait suivant, qui présente beaucoup d'analogie avec le précédent: « Une » femme de trente-six ans, mère de famille, al-

» laitait son enfant ; à la suite d'affections morales, » elle voulut la mort ; mais, disait-elle, je n'ai pas le » courage de me tuer, et pour qu'on me fasse mou- » rir, il faut que je tue quelqu'un. » En effet, elle essaya de tuer sa mère et ses enfans. Elle fut alors séparée de sa famille et conduite à la Salpétrière ; soumise à un traitement convenable, elle guérit promptement.

Chricton, dans son ouvrage sur la folie, cite plusieurs observations de suicide-homicide, ces infortunés, ne pouvant se résoudre à se tuer eux-mêmes, avaient donné la mort à d'autres, espérant perdre la vie sur l'échafaud.

« Parmi les personnes qui tuent avant de se tuer, » il en est qui obéissent à des passions véhémentes ; » les autres sont mues par des passions tristes ; il en » est qui ne veulent pas se tuer dans la crainte de » commettre un trop grand crime ; les autres, parce » que, certaines de mourir lorsqu'elles auront com- » mis un meurtre, elles auront le temps de se pré- » parer à la mort. »

Ces réflexions de M. Esquirol, dont l'opinion est d'un si grand poids dans tout ce qui tient à la médecine légale des aliénés, et l'observation rapportée ci-dessus, nous semblent corroborer singulièrement nos conclusions.

M... est aujourd'hui parfaitement tranquille. Voici comment il s'exprime sur l'homicide qu'il a commis : » J'ai pour mon action toute l'horreur que doit na- » turellement inspirer tout ce qui est contraire au » droit naturel, ce qui va à l'anéantissement de la » société, ce qui est directement opposé à la fin de » l'homme sur la terre, qui est d'aider et de secourir » son semblable, et non pas le détruire etc. »

Quand à la seconde question qui nous est adressée, « *s'il y aurait actuellement danger à rendre M...* « *à la liberté* ? » Nous croyons qu'il n'y en aurait aucun. Néanmoins, comme l'expérience a prouvé que les individus qui ont été atteints de ce genre d'aliénation mentale, restent, pendant un temps assez long, sujets à des rechutes, nous pensons que la prudence exige qu'il soit encore détenu dans une maison de santé, pour qu'on puisse s'assurer que sa guérison est définitive.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil pratique

PUBLIÉ PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ, RÉDACTEUR EN CHEF.

FÉVRIER 1834.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE THÉRAPEUTIQUE, RELATIFS AUX PERSONNES ÉMINEMMENT NERVEUSES, COMME LES GENS DE LETTRES, LES ARTISTES, ETC.

Par J.-.H. REVEILLÉ-PARISE.

Qui bene judicat, bene curat.
(Baglivi, de prax. med.)

Ce n'est pas sans motif que j'ai choisi pour épigraphe de cet article le précepte donné par un médecin célèbre : Celui-là guérit bien qui juge bien. Mais pour bien juger, il faut savoir apprécier une infinité de données relatives au malade et à la maladie ; il faut posséder la connaissance du tempérament de l'individu, étudier le principe, les causes, les degrés d'intensité, les phases diverses de la maladie, saisir cet à-propos fugitif, ce moment opportun qui assure le succès ou imprime à la maladie une direction convenable. Tout médecin qui ne s'appuie pas sur ces bases, ne sera qu'un charlatan téméraire, un drogueur servile et inconsidéré. L'étude du tempérament, autrement dit, des tendances organiques, doit surtout être le point de départ des indications, par conséquent de la thérapeutique. Je prends pour exemple les hommes de lettres, les artistes, chez qui, il y a ordinairement une prédominance nerveuse des plus marquées. Certes, ils sont exposés aux mêmes maladies que les autres hommes, et cependant les maladies offrent chez eux, en raison de la prédominance nerveuse et de la nature de leurs travaux, quelque chose de particulier que le médecin ne doit jamais perdre de vue. Oui, il y a un art de traiter la maladie d'un homme de génie, d'adoucir ses souffrances ; mais cet art s'apprend comme tous les autres.

La première, et peut-être la plus importante remarque à faire, est de ne jamais perdre de vue cette suractivité du système nerveux, inhérente aux penseurs profonds, cette constante irritabilité du physique et du moral, qui déconcerte les plans thérapeutiques les mieux combinés. La conséquence la plus immédiate de ce principe, est qu'il faut procéder, autant que possible, par la méthode sédative. Les stimulans produisent sur leur économie une action extraordinaire, même chez les plus calmes en apparence. Le célèbre Goëthe était d'une constitution vigoureuse, et néanmoins les médicamens agissaient sur lui à très-faible dose ; une cuillerée à thé de teinture de rhubarbe le purgeait assez fortement, ainsi que deux gros de sulfate de soude. Par elle-même, cette susceptibilité nerveuse est un des plus grands obstacles à surmonter pour ramener les fonctions à leur type normal ; que sera-ce donc, si le praticien tend à l'augmenter par des moyens excitans et peu rationnels? D'ailleurs, cette irritabilité, tantôt concentrée et spasmodique, tantôt patente et expansive, se manifeste à chaque instant chez les hommes dont l'intelligence est très-active. A force de soins,

de précautions et de calme, vous la croyez émoussée, engourdie; tout à coup elle se réveille et s'agite par une cause souvent légère et imprévue. Un concurrent préféré, un livre critiqué, un article de journal, une discussion animée, une lettre, un mot, et voilà toute la frêle machine bouleversée; car il s'agit ici d'une existence jamais en repos, *toujours en fuite* (*vita eorum fuga est*). Or, je le demande, sur quel fond l'art prétend-il élever l'édifice d'une santé solide, ou raffermir celle qui périclite? Comment invoquer le secours d'une méthode curative suivie avec persévérance? Par quels moyens prévenir des orages inévitables, rendre ou la force ou le calme aux organes, à la nature ses directions, à la maladie une marche régulière?

La tendance constitutionnelle aux agitations nerveuses, jette toujours le praticien dans une cruelle perplexité sur le choix et l'emploi des moyens de guérison. Souvent même, en raison du défaut d'énergie motrice, il y a tout à la fois dans le malade faiblesse et exaltation; que fera-t-on? Si on a recours aux débilitans, les forces tombent avec une effrayante promptitude; emploie-t-on les toniques, l'irritation organique s'allume et se propage avec rapidité : l'état même de l'estomac offre souvent cette fâcheuse disposition de *faiblesse irritative*. J'adjure tout praticien qui lira ce passage, de déclarer s'il ne s'est pas trouvé mille fois dans ce flux et reflux d'indications et de contre-indications qui suspendent toute décision. Pour naviguer avec sûreté entre ces écueils, trouver la mesure exacte et proportionnelle, le seul moyen peut-être est de bien connaître l'individu malade et l'individualité morbide, le sujet et la maladie.

On peut cependant établir en principe, que tout stimulant énergique, tout *impetum faciens*, ne doit être employé chez les malades doués de la constitution dont il s'agit, qu'avec une entière réserve, sans néanmoins perdre de vue l'état des forces. Au reste, les méthodes curatives les plus convenables dans cette circonstance se tirent presque toutes de l'hygiène. Combien d'hommes éclairés, sachant toujours raisonner leur existence, puisent dans cette source salutaire, les moyens de conserver leur santé! Quant à moi, j'atteste qu'il m'est souvent arrivé de guérir des savans, des gens de lettres, par un régime approprié à leur tempérament et continué avec persévérance. J'ai combattu avec succès des délabremens de poitrine et d'estomac par le lait, donné sous toutes les formes; des affections bilieuses et l'ictère, si communes chez les hommes de cabinet, par l'usage très abondant des fruits, notamment des raisins, par celui du vin blanc largement coupé d'eau et bu à profusion, quelquefois même par l'emploi soutenu des huîtres. La diète *ostrée*, produit des effets plus avantageux qu'on ne le croit ordinairement dans certaines gastralgies. Enfin, contre le spleen, j'ai eu recours au remède vanté par lady W. Montagu, le *galop toute la journée et le champagne le soir*.

Il est pourtant des cas, on doit l'avouer, où la médecine est forcée d'agir avec des moyens plus actifs et plus prompts, quoique toujours simple. Tels sont la saignée, l'opium, le quinquina, les bains, les eaux thermales, les lavemens, les purgatifs légers, etc. C'est bien peu de médicamens, dira-t-on. Eh bien! en voici d'autres d'une efficacité non moins démontrée : la sagacité du médecin, le coup d'œil perçant et juste, le jugement d'instinct, la prudence et la patience, la connaissance intime du malade et de la maladie; de l'autre côté, la résignation, la confiance, la ferme volonté de guérir, l'exercice, le travail modéré, l'air pur, etc. En voilà plus qu'il ne faut pour former une matière médicale complète, à moins qu'on ne veuille imiter le médecin dont se plaint Byron. « Il en est, disait-il, à sa seizième visite et moi à sa seizième ordonnance. » J'ajouterai ici quelques remarques sur plusieurs des médicamens dont je viens de parler.

La saignée ne doit être employée qu'avec circonspection chez les sujets très-nerveux, surtout quand ils sont faibles. Il ne faut surtout la réitérer que quand l'indication est formelle et positive. L'oubli de ce précepte amène souvent de fâcheux résultats. Un des plus immédiats, un des plus difficiles à réparer, est l'énervation, l'abattement, la chute profonde et rapide des forces. La prostration est telle quelquefois, que rien ne peut redonner ensuite à la force vitale sa primitive énergie : en voilà quelques notables exemples.

Quel est le barbare si étranger aux beaux-arts, qui ne sache que Raphaël périt ainsi à la fleur de son âge? après quelques excès, dit-on, avec la Fornarina, il tomba malade, fut largement saigné, et ne tarda pas à succomber.

Gui Patin nous apprend que le philosophe Gassendi, s'affaiblit après deux saignées, au point que rien ne put le rétablir.

Gessner fut six mois languissant, pour avoir été saigné inconsidérément. Après une très-forte saignée pour une colique inflammatoire, les forces de Mirabeau baissèrent subitement et ne se relevèrent plus. Selon sa propre expression, cette époque fut pour lui le passage de l'*été à l'automne de la vie* (Relat. de Cabanis).

Byron, arrivé en Grèce, éprouva de violens *raptus* de sang à la tête. Des sangsues lui furent appliquées aux tempes, mais une piqûre ayant atteint l'artère, on eut beaucoup de peine à arrêter le sang qui coulait avec une telle abondance que le malade s'évanouit. Depuis cette époque ce grand poète resta faible et languissant.

Ces effets n'étonnent pas celui qui sait que la vie a ses racines dans le sang; que soustraire une portion de ce fluide, c'est diminuer d'autant la force vitale (1) : d'ailleurs, l'observation clinique a démontré que le sang est pour ainsi dire le modérateur des nerfs, qu'il soutient l'énergie musculaire, vrai principe de résistance et de réaction dans l'économie. En effet, plus les émissions sanguines sont répétées chez un individu d'une grande sensibilité plus la mobilité, l'excitabilité nerveuse augmentent, tandis que les forces motrices baissent dans les mêmes proportions; autrement dit, on tombe dans l'excès de la constitution dont nous étudions les effets physiques et moraux.

Toutefois, n'outrons pas le précepte dont il s'agit : il y a des cas où la saignée est tellement indispensable, même

---

(1) *In sanguine focus est vitæ... est enim sanguis vivificum nectar, quo partium omnium fugax, vivacitas, recreatur atque reficitur, ad vitæ et animalitatis conservationem et diuturnitatem.* (*Duretus, comment. in Hippo.*) Excellentes paroles que nous conseillons à bien des médecins de méditer.

chez les sujets les plus nerveux, que s'en abstenir, c'est hâter la perte du malade. Descartes atteint, à Stockholm, d'une péripneumonie, ne fut saigné que le huitième jour, et il succomba presque aussitôt. Byron, dont nous parlions à l'instant, effrayé sans doute de ce qu'il avait éprouvé, ne voulut permettre que très-tard qu'on le saignât, dans la maladie inflammatoire qui l'emporta, le 19 avril 1824, à l'âge de trente-six ans (1).

L'*opium* réclame aussi une grande circonspection dans son emploi. C'est le médicament séducteur des individus nerveux; mais l'abus est ici bien près de l'usage, la pente paraît si douce et si facile. Voltaire mourut pour avoir pris une dose un peu trop forte de laudanum; ce qui justifie ces vers heureux d'un médecin, parlant de ce médicament :

Du repos à la mort, une goutte sépare.

Gardez-vous surtout d'y recourir sans ménagement. Une douleur vive, répétée, inexorable, est le seul cas peut-être, où il soit permis de l'employer, mais non jamais dans les insomnies opiniâtres qui fatiguent certains penseurs. Car souvenez-vous que le calme produit par l'opium est factice, jamais doux, complet, réparateur. Ajoutons que vous serez dans la nécessité d'augmenter graduellement les doses; alors, où s'arrêter? Il y a dans cette conduite des chances de maux inouïs pour quelques adoucissemens passagers. Tachez donc de ne faire d'un médicament salutaire une substance pernicieuse, une drogue achérontique.

Les *bains frais* à divers degrés, le *quinquina*, comme tonique fixe, *l'oxide de zinc*, le *musc*, *l'assa-fœtida*, sont les calmans et antispasmodiques dont l'efficacité est la plus incontestable. Ils me paraissent supérieurs aux éthers et autres toniques diffusibles, mais surtout au camphre, à la valériane, au succin, etc.

Le précepte le plus essentiel dans l'emploi de ces médicamens, est de bien saisir les indications, de remonter à la cause du mal, véritable *substratum* de la modification morbide; en un mot, de connaître les impulsions organiques spontanées du malade, d'étudier l'état de ses forces, de comparer sa capacité de vivre et de résister, avec la violence de la maladie. L'oracle de Cos nous en avertit : *Considerera oportet morbos, qualiter, ex quibus, quas formas habeant, in quœ loca versi sunt, quo tempore cœperunt, adfuerunt, cessârunt*, etc. (Épidem., liv VI.) Ce précepte de haute philosophie médicale est surtout applicable dans les commencemens d'une affection pathologique. Tout dépend souvent du point de départ. Cela est vrai pour la plupart des hommes, mais bien plus encore quand il y a intempérie nerveuse, contention habituelle de l'esprit. Tel savant, artiste, homme de lettres, administrateur, languit des années entières, pour une maladie qu'on eût facilement arrêtée dès son origine. On éprouve, dans la suite, nombre de difficultés, d'embarras, de déceptions thérapeutiques, qui rebutent et découragent. Continuer alors ses travaux et ses excès, c'est bientôt donner au mal toute l'extension dont il est susceptible, et ce mal finit par détruire l'organisme. Pourquoi cette opiniâtreté, pourquoi cette lutte inégale? Ignorez-vous que les maladies proclament la justice de la nature? Diderot écrit à Mademoiselle Volland : « Je suis tracassé depuis une huitaine, par des maux d'estomac qui ne seront rien, *parce que* je n'y fais rien. » Très-peu d'années après, il lui écrit de nouveau : « L'estomac et les intestins sont dans un état misérable. Le potage le plus léger passe tout de suite; je ne saurais digérer un œuf. » Lorsqu'en 1776, dit M. Musset Pathay, Rousseau fit cette chute dont il rend compte, on voulut le saigner, il s'y opposa. L'on eut recours à Madame Venant, à qui l'on supposait sur lui de l'influence. Elle le prêcha, lui raconta que dans un accident pareil elle aurait succombé sans saignée. « C'est que vous aviez du mauvais sang, lui dit-il; moi je n'en ai que de bon. » Deux ans s'écoulent, et le philosophe est frappé d'une apoplexie, à laquelle il eût peut-être échappé par la saignée qu'on lui proposait. L'abbé de Chauvelin, cet infatigable ennemi des jésuites, était délicat, chétif; il ne voulut jamais rien relâcher de ses travaux et de son régime. Atteint d'une hydropisie de poitrine, il mourut pendant une consultation de médecins, et lorsqu'il plaisantait sur leur art; il n'avait que cinquante ans. Le point essentiel est donc de s'opposer au mal aussitôt qu'il se manifeste. Ce serait le cas d'appliquer à l'économie animale ce conseil énergique et précis, donné par un homme d'esprit pour combattre la révolution dès son principe, « empêcher le désordre de s'organiser. » Beaucoup d'hommes instruits prennent pour maxime le fameux synonyme, *pharmacon, venenum*. D'autres ont des préjugés bien plus bizarres encore : au rapport de Porphyre, on avait conseillé à Plotin l'usage des lavemens pour le guérir des douleurs de coliques qui le tourmentaient souvent. Il s'y refusa constamment, ne croyant pas qu'il fût de la bienséance d'un vieux philosophe d'employer un tel remède.

Il est pourtant des littérateurs, des érudits, qui, loin d'affecter le scepticisme ou un dégoût marqué pour les médicamens, donnent dans un excès contraire, ayant la prétention de rétablir eux-mêmes leur santé; tout médecin leur paraît inutile et dangereux. Mais ce dédain leur coûte quelquefois la vie, et souvent une augmentation de maux. On a beau faire, il faut dans l'exercice de la médecine un tact d'expérience qu'on n'acquiert jamais que par une étude approfondie de cet art sublime. Machiavel mourut de coliques produites par l'abus de pilules purgatives qu'il s'administra lui-même (22 janvier 1527). Leibnitz mourut de la même manière. Notre poète comique, Regnard, ayant une indisposition, se fit apporter le même purgatif qu'un paysan administrait aux chevaux. Deux heures après, il éprouva les douleurs les plus aiguës, et mourut dans le bras de ses domestiques (5 septembre 1710). Fox s'était fait pour lui-même, une sorte de théorie médicale et ses mémoires de drogues se montaient annuellement à des sommes considérables. C'est bien pis encore, s'il y a tendance à l'hypocondrie; le malade tombe alors dans la plus

(1) D'ailleurs le préjugé était fondé « sur ce que sa mère avait obtenu de lui à son lit de mort, la promesse qu'il ne consentirait jamais à se laisser saigner. » Il citait en outre le docteur Reid contre la saignée, en ajoutant : « qui est nerveux, si je ne le suis pas? et ce docteur ne semble-t-il pas avoir écrit pour moi, quand il dit, que tirer du sang d'un malade nerveux, c'est relâcher les cordes d'un instrument de musique qui n'est discord que parce que les cordes ne sont pas assez tendues? (Mémoires, tome 5.)

étrange médicomanie, quelque éclairé qu'il soit d'ailleurs. La lecture des livres de médecine devient sa lecture favorite, et, comme il arrive toujours, rien de plus fatal à la santé que cette lecture; dans ce cas la maladie tire son origine des travaux de l'esprit; c'est là qu'il faut surtout l'attaquer et la poursuivre.

En général, la thérapeutique morale, est, pour les gens de lettres, les artistes, beaucoup de savans, en un mot, pour tout homme qui pense et médite, la thérapeutique par excellence. Chez eux, tout part souvent de l'imagination, tout émane de ce foyer de conflagration; dirigez bien le conducteur et vous obtiendrez de merveilleux effets. *Dolores fiunt in sensu et in intellectu;* rien de plus profondément vrai que cet axiome. Toutefois le précepte est aisé à énoncer, mais l'application en est souvent très-difficile dans la pratique médicale. Car, remarquez que le médecin a toujours affaire à des hommes d'esprit, maniant avec art le raisonnement, souvent le sophisme, et par cela même difficiles à convaincre, une fois que leurs opinions sont arrêtées. Il n'appartient qu'à très-peu de personnes de donner une direction quelconque aux facultés morales et intellectuelles, aux affections et aux passions. Modifier le jugement, plier la volonté, changer le cours habituel des idées, est peut-être ce qu'il y a de plus difficile au monde. Or, qu'on imagine ce qu'il faut vaincre d'obstacles, quand il s'agit de malades instruits, spirituels, raisonneurs subtils, qui souvent préfèrent dirent ce qu'ils pensent, plutôt que ce qu'ils sentent de leurs maux. Les inspirations du tact médical le plus exercé, joint au talent de persuader, sont ici d'une indispensable nécessité.

Une autre difficulté consiste à faire suspendre volontairement les travaux du cabinet ou de l'atelier. Ce moyen thérapeutico-hygiénique est excellent, mais parfois impraticable. Ménage voulait absolument mourir *la plume à la main*, et beaucoup de gens de lettres ont ce courage meurtrier; rien ne les arrête. En dépit des médecins et de leurs ordonnances, comme ils disent, ils pensent, ils méditent, ils écrivent, ils travaillent sans relâche. Enfin il est un dernier obstacle que le médecin rencontre à chaque instant, c'est la diversité des esprits, même les plus cultivés. Le fond de prédominance et de susceptibilité nerveuse, est toujours le même, mais ses formes varient infiniment. Ce sont pourtant ces dernières qu'il convient d'apprécier avec justesse, pour saisir le moral du malade et le diriger médicalement. Ces formes constituent la *gamme de sensibilité* de chacun d'eux. Les variétés de sensibilité dont nous parlons échappent à un observateur superficiel; il oublie que ces nuances ont une étonnante influence sur les hommes doués d'une imagination vive. Mais le médecin prudent et sagace ne les perd jamais de vue. En général, cette sensibilité extrême, cette imagination, se concentrent presque toujours, chez les penseurs, sur la célébrité de leur nom et de leurs travaux. Tout homme de lettres, tout artiste, est continuellement inquiet sur le sort de ses ouvrages; il y a bien peu d'exceptions. Voilà une donnée que le médecin doit regarder comme importante pour en tirer parti; c'est une *ancre* à saisir dans les occasions importantes où il s'agit de sauver la vie du malade; mais pour cela, il faut penser par eux, vivre de leur vie, se mettre au ton de leur ame. Souvent une marque d'intérêt pour ce qu'ils ont fait ou écrit, un éloge placé à propos, les console, les ranime, leur donne une vigueur, une énergie vitale éminemment favorable à la santé. On raconte qu'un poète très-entêté de son talent, passait les nuits à versifier; mais il trouvait peu de gens qui voulussent l'écouter. Son amour-propre blessé le fit tomber dans la mélancolie et la mélancolie le rendit bientôt malade. Il consulta un médecin qui connaissait sa faiblesse aussi bien que son tempérament. Après que le malade lui eut fait un long narré de ses maux: N'avez-vous pas, lui dit le médecin, composé, depuis peu de temps, des vers que vous n'avez encore récités à personne? Cela est vrai, répondit le poète. Hé bien, dit le docteur, faites-m'en la lecture. Le nourrisson des muses débita aussitôt avec emphase sa pièce de vers. Le médecin, qui s'aperçut du plaisir qu'il y prenait, le combla d'éloges et l'engagea à la lui répéter. Comme le malade y mettait encore plus d'action et de feu; je veux l'entendre une troisième fois, dit le docteur comme émerveillé. Lorsque son malade l'eut de nouveau déclamée. Allez lui dit-il, vous voilà purgé dans toutes les règles, et vous devez être maintenant bien soulagé; ce qui était en effet. Révoquer en doute la vérité de cette anecdote, ce serait méconnaître le cœur humain, et surtout l'excessive tendresse de la paternité poétique.

C'est ainsi qu'un médecin, doué d'une sage et profonde raison, trouve des moyens de guérison inattendus; qu'il sait deviner le malaise de l'amour-propre refoulé au fond du cœur; sonder la plaie secrète, découvrir le trait qui a percé ces ames fières et délicates. Il doit saisir en quelque sorte l'esprit dans son agitation, ou pour le calmer, ou pour lui imprimer des mouvemens salutaires. Distraire, engourdir la sensibilité, éteindre les souvenirs, ranimer l'espérance, calculer la force réactive des sentimens sur les organes, affaiblir avec art les angoisses morales, recevoir le trop plein d'un cœur chaud, véhément, souvent aigri par le malheur et l'injustice: tel est en abrégé le plan de thérapeutique morale qu'on doit adopter. De pareils soins sont bien au-dessus des soins physiques, des attentions matérielles; mais, croyez-moi, cette science n'est pas vulgaire, elle exige une hauteur de vues et des qualités supérieures à celles des *Bavius* de notre art, estimant qu'il n'y a pas d'autre médecine que celle qu'on fait avec des drogues.

Mais si la maladie est chronique, usant lentement les forces de la vie, que le médecin redouble alors de soins délicats et bien ménagés. Chaque jour, chaque instant amène sa dose de douleur que vous devez adoucir. Et remarquez que cette douleur est toujours vivement sentie, dans les longues maladies; qu'elle pénètre, jusqu'aux racines de l'ame; car le malade jouit de la plénitude de ses facultés morales. Véritablement il faut ici quelque chose du zèle persévérant et de la mansuétude de l'apôtre. Les médicamens purement matériels sont ici d'une bien faible ressource. Allons plus loin encore: l'arrêt est prononcé, la mort approche, et sa faux est levée. Que le médecin sache encore appliquer le baume des consolations; son langage d'ailleurs s'adresse à des hommes faits pour le comprendre; ils sont hommes toutefois, et quelques-uns ne savent pas mourir. Dans ce moment suprême, « lorsqu'il faut monter le degré difficile qui fait passer subitement de la terre au ciel. » (Tertullien), nous retrouvons encore les différences d'esprit dont nous avons

parlé, et qui tiennent sans doute à l'organisation. Les uns, faibles, pusillanismes, malgré leur génie, se découragent facilement. Ils éprouvent à chaque instant les *affres de la mort*. Racine fut, dit-on, de ce nombre. Les autres savent se résigner, ou bien même, caractères fortement trempés, élevant leur esprit à la hauteur stoïque, ils imiteraient volontiers ce Romain condamné par Caligula, qui tandis qu'on lui portait le coup mortel, épiait tranquillement son ame au passage. Beaucoup d'hommes illustres dans les arts et les sciences sont morts avec cette froide impassibilité. La route est toute tracée pour le médecin. Aux premiers, des paroles consolantes ; environnez-les d'illusions, si bien nommées les pavots de l'ame, multipliez-les, soyez-en prodigues ; rappelez-leur bien que la meilleure partie d'eux-mêmes reste dans leurs ouvrages, *forma mentis æterna*. Quant aux seconds, que vous dirai-je ? Parlez ensemble de Dieu, d'infini, d'espérance et d'immortalité. Ce sont des sages qui vous enseignent à mourir, ils vous précèdent, vous allez les suivre dans quelques instans, cas ne savez-vous pas que la terre est une colonie des cieux ?

R. PARISE.

NOTE SUR LES BONS EFFETS DE L'EMPLOI EXTÉRIEUR DE L'EAU DISTILLÉE DE LAURIER-CERISE DANS QUELQUES MALADIES.

Ce n'est pas tout que de découvrir de nouveaux agens thérapeutiques, il faut aussi en étudier les effets, en suivre l'action, afin d'en appeler du scepticisme avec lequel on accueille aujourd'hui les médicamens nouveaux. Ce doute philosophique dépend non-seulement de l'engouement avec lequel on a vanté trop tôt de nouvelles médications dont l'expérience n'a pas tardé à faire justice ; mais encore de l'exagération qui a commencé aux formules outrées de Rasori pour finir aux prescriptions atomistiques de Hanemann. Il faut aussi tenir compte des latitudes sous lesquelles l'agent thérapeutique a crû (quand c'est un végétal), ainsi que de son mode de préparation ; car, lorsqu'on réfléchit que le professeur Fouquier a donné à la Charité des doses de laurier-cerise tellement fortes, qu'elles eussent inévitablement tué le malade, si le médicament avait eu les mêmes qualités que celui dont je me suis servi dans les diverses maladies dont j'ai rendu un compte détaillé dans le Mémoire couronné par l'Athénée de Médecine de Paris ; on peut s'expliquer la divergence d'opinions sur l'action de l'eau distillée de laurier-cerise. Ce n'est donc qu'en accumulant des faits, et en les comparant entre eux, que le praticien saura à quoi s'en tenir.

Volpi, dans son excellent ouvrage de médecine vétérinaire, avait constaté que l'eau distillée de laurier-cerise, employée comme topique, avait une grande action sur la peau et le tissu cellulaire enflammé, à la suite de la pression des harnais sur le garrot et les lombes. A plusieurs reprises, il avait arrêté des inflammations de ces parties du corps du cheval, dont la suppuration entraîne quelquefois des accidens très-graves. Je pensais que la même médication pourrait également offrir des avantages dans les inflammations de la peau et du tissu cellulaire, qui se développent souvent à la suite des contusions, et qui, abandonnées à elles-mêmes, dégénèrent bien souvent en phlegmons.

Observation I. M.***, à la suite d'une course longue et violente sur un cheval à allure très-dure, fut tout à coup pris de douleurs très-vives dans la région périnéale. La peau était rouge, foncée, luisante, et le plus léger frottement y occasionait un sentiment de cuisson fort désagréable. Les souffrances étaient assez vives pour nécessiter l'application des sangsues sur le siége du mal ; mais le malade s'y refusa opiniâtrement, en objectant que cette médication le priverait de monter à cheval pendant long-temps, ce à quoi il tenait beaucoup. Je pensai donc à faire recouvrir les parties enflammées avec des compresses imbibées d'eau distillée de laurier-cerise. L'application de ce topique fut réitérée toutes les deux heures, et en moins d'un jour tout engorgement inflammatoire se trouva dissipé.

On est souvent consulté par des femmes qui, au moment du sevrage, sont tout à coup affectées d'engorgement inflammatoire de la glande mammaire, produit par la stagnation et l'accumulation du lait. Dans mon mémoire couronné dont j'ai parlé, j'avais déjà signalé l'action de l'eau distillée de laurier-cerise pour diminuer et arrêter la sécrétion du lait ; mais les opinions que j'ai émises ont acquis une nouvelle force par les expériences que M. le docteur Ranque d'Orléans a faites pour constater l'action anti-lactense du laurier-cerise. Ce n'est que depuis la publication de ce mémoire que j'ai pu m'assurer que ce médicament appliqué extérieurement est un topique suffisant pour suspendre la sécrétion du lait. Voici un fait que je cite à l'appui de cette assertion.

Obs. II. Madame Martin venait de perdre un enfant de six mois à la suite d'une maladie rapide. Elle se trouva donc tout à coup dans la nécessité de laisser tarir son lait qui était très-abondant. Malgré la diète la plus sévère, il se manifesta du côté des seins des symptômes inflammatoires assez graves pour être surveillés attentivement. Je conseillai à cette dame de prendre de temps en temps quelques cuillerées à café d'eau distillée de laurier-cerise dans un peu d'eau sucrée. En même temps je fis faire sur les seins des embrocations avec de l'eau distillée du laurier-cerise, battue avec égale quantité d'huile d'amandes amères. Quelques jours de ce traitement suffirent pour faire dissiper tout accident inflammatoire.

Ce fait, joint à plusieurs autres d'un résultat aussi heureux, peut prouver d'une manière évidente l'action de l'eau distillée de laurier-cerise. Mais il me restait un doute que je me proposais d'éclaircir à la première occasion, savoir : si les effets produits par le laurier-cerise l'avaient été par la partie du médicament ingéré, ou par celui qu'on avait administré par la peau. Afin d'obtenir quelque certitude à cet égard, j'ai employé, à diverses reprises, le médicament seulement à l'extérieur, et l'action en a été aussi prompte que si l'on en eût simultanément administré à l'intérieur.

Les femmes sont souvent affectées de prurit des organes génitaux, qui sont rebelles à un grand nombre de médications, même à celle récemment publiée dans ce journal par le docteur Trousseau. Les lotions et les applications locales de charpie trempée dans l'eau distillée de laurier-cerise

combattent avantageusement cette incommodité, qui est d'autant plus désagréable qu'elle est presque toujours accompagnée d'excoriations qui sont le résultat du frottement que les malades exercent sur les organes, pour tâcher d'assoupir l'agacement qu'elles y éprouvent. La même médication n'est pas moins héroïque dans les démangeaisons qui ont leur siége au scrotum, et au pourtour de l'anus, et auxquelles sont sujets quelques hémorroïdaires.

Grâce aux efforts des médecins et des gouvernemens, la petite vérole devient de moins en moins fréquente; cela n'empêche pas cependant qu'il n'y en ait encore assez pour constater que, lorsque les malades ont franchi les deux premières périodes de la maladie, il en reste une troisième, qui, quoique n'étant pas la plus dangereuse, n'en est pas moins très-fatigante : je veux parler de l'époque de la desquammation et de dessiccation. Les malades sont alors en proie à des démangeaisons tellement atroces que rien ne peut les empêcher de satisfaire au besoin de se gratter, quelque cuisantes que soient les douleurs qui en résultent. Le docteur Paganini d'Aleggio avait employé avec un très-grand succès, dans son établissement, des bains qu'il appelait stupéfians hydrocyanés (Bagni idrocianici torpenti) contre quelques affections douloureuses de la peau. J'ai, de mon côté, expérimenté les mêmes moyens contre les petites véroles confluentes, au moment de la dessiccation. Je n'ai qu'à m'applaudir de l'usage des bains composés de décoction de pieds de veau, coupée avec l'eau distillée de laurier-cerise.

Nous nous sommes jusqu'ici presque exclusivement occupés du laurier-cerise, comme topique; il est cependant un grand nombre de cas où je l'ai employé à l'intérieur et à des doses variées. C'est surtout lorsque l'on a affaire à ces maladies spasmodiques des organes respiratoires que l'on en obtient de très-grands avantages. Je donne maintenant des soins à une jeune dame atteinte de palpitations très-violentes, de serremens de gorge, attribués, pendant long-temps, à une affection organique du cœur, et qui disparaissent sous l'action du médicament qui nous occupe.

Tout ce que nous venons de dire prouve, jusqu'à l'évidence, que nous avons une grande confiance dans l'emploi de l'eau distillée de laurier-cerise; mais ce serait faire tort aux principes qui nous ont toujours dirigés dans l'étude des agens thérapeutiques, que de croire que nous jugeons ce médicament infaillible, ou que nous le recommandons comme une panacée universelle. Entre ceux qui ont une grande foi dans un médicament qu'ils ont étudié avec soin, et ceux qui nient son action parce qu'ils le connaissent à peine, il existe une différence extrême que les praticiens de bonne foi et tous les observateurs doivent apprécier.

CARRON DU VILLARDS.

QUELQUES NOUVEAUX FAITS RELATIFS A L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE LA CRÉOSOTE.

Grâce à l'obligeance de M. Billard, pharmacien, qui a bien voulu me confier la première créosote qu'il a faite, j'ai été un des premiers médecins qui ait pu employer, sur un assez grand nombre de malades à la fois, le nouveau médicament dont M. Reichenbach vient de doter la thérapeutique. Aujourd'hui que les faits que j'ai observés sont assez nombreux et assez concluans, je crois devoir publier dans ce journal, qui, mieux que tout autre, se trouve en position d'appeler l'attention de mes confrères sur toute nouvelle application heureuse à l'art de guérir, les résultats que j'ai obtenus. Les voici dans toute leur simplicité; je laisse aux praticiens le soin de leur ajouter la valeur qu'ils méritent.

SUPURATION TARIE.

Obs. I. Le 17 novembre dernier, je procédai en présence de mon confrère M. Peronneau, à l'extirpation d'une tumeur du volume d'un œuf, que portait madame Cristin, rue Saint-Martin, n° 60. Cette tumeur qui existait depuis long-temps, et qui déterminait des douleurs vives et constantes, était placée sous la paroi gauche du rectum, immédiatement au-dessus du sphincter. Pour enlever la tumeur je fus obligé d'emporter un tiers au moins du sphincter, moitié de la paroi gauche de l'extrémité anale du rectum adhérent et de prolonger assez avant l'incision de la peau au-delà de la commissure postérieure de l'anus, pour nécessiter, après l'opération, deux sutures enchevillées, afin de retenir l'entrée anale. Il n'y eut à notre grande satisfaction aucun accident consécutif du côté du ventre, et la suppuration s'établit bien; mais nous étions forcés de tenir la malade à une diète rigoureuse pour éviter la formation de matières fécales dures qui, en sortant, pouvaient déchirer les points de suture. Nous étions arrivé au 16 décembre, un mois après l'opération; la malade allait bien, mais le régime et la suppuration affaiblissaient considérablement ses forces; et la plaie baignée continuellement par les mucosités du rectum, se cicatrisait très-lentement; alors nous eûmes recours à la créosote pure, et à l'eau de créosote. Ce médicament remplit parfaitement bien les deux indications que nous nous proposions, cicatriser promptement et diminuer la suppuration. Je pansai chaque jour avec du coton imbibé d'eau créosotée : la suppuration diminua au point que, trente-six heures après le premier pansement, je n'en trouvai presque plus. La plaie marcha vers une prompte cicatrisation, et quoiqu'elle fût très-grande, et dans des conditions défavorables, baignée qu'elle était par les mucosités intestinales, elle s'est cependant entièrement cicatrisée au bout de vingt-sept jours. Du moment où la suppuration a été arrêtée, madame Cristin a repris promptement ses forces. Maintenant elle n'éprouve aucune infirmité, elle va bien à la garde-robe, et retient parfaitement les matières comme avant l'opération.

Obs. II. Un homme de peine, employé chez M. Potin, vinaigrier, rue Saint-Jacques-la-Boucherie n° 30, portait depuis plusieurs années de larges ulcères variqueux aux deux jambes, celui de la jambe gauche avait cinq pouces de longueur sur un pouce et demi de largeur; il était profond, à bords calleux et rouges; il était le siége d'une suppuration abondante, très-fétide et roussâtre.

Le 16 décembre 1833, du coton imbibé d'eau créosotée (3 à 4 gouttes de créosote pure par once d'eau distillée) fut appliqué sur l'ulcère. Le lendemain, la suppuration et l'odeur étaient entièrement supprimées. Le même pansement fut

continué pendant plusieurs jours, et la suppuration, ni la mauvaise odeur ne revinrent. L'application de la créosote n'ayant pu être continuée pour une cause étrangère au remède, je me borne à constater ce résultat chez ce malade.

OTITE. — SUPPURATION TARIE.

Obs. III. La petite fille du nommé Martin, âgée de huit ans, rue de Marivaux, n° 23, présentait une suppuration rebelle et fort désagréable du conduit auditif externe de l'oreille droite. Le 17 décembre 1833, je fis tomber dans l'oreille trois ou quatre gouttes d'eau créosotée; deux jours après la suppuration avait cessé; je fis continuer le même moyen pendant cinq jours, et la suppuration n'a jamais reparu depuis ce temps.

ULCÈRE VARIQUEUX.

Obs. IV. Un commis de M. Couture, passage du Petit Saint-Antoine, avait, depuis 1823, à la jambe gauche, au-dessus de la malléole, une plaie varîqueuse ronde, de la largeur d'une pièce de six francs à bords calleux. Depuis deux mois je traitais cet ulcère sans aucun résultat par les plaques de plomb et le repos, lorsque le 16 décembre 1833, je commençai le traitement par la créosote: du coton cardé imbibé d'eau créosotée fut appliqué sur la plaie, et de temps en temps j'augmentai l'activité du pansement en ajoutant quelques gouttes de créosote pure. La suppuration et la mauvaise odeur disparurent aussitôt après la première application. Au bout de quelques jours de pansement, il se forma une légère pellicule sur le haut de la plaie; elle s'étendit peu à peu, et en dix jours en couvrit les trois quarts. Le tout fut complétement cicatrisé le 22 janvier 1834.

Obs. V. — Je traitais M. Lemarquant, rue Saint-Honoré, n° 45, d'une syphilis ancienne. Je le tenais depuis long-temps au deuto-chlorure de mercure, à la dose d'un 9e de grain par jour, sans avoir pu obtenir la cicatrisation d'un chancre de la largeur d'une pièce de dix sous à bords coupés à pic, qu'il portait sur le gland. J'avais en vain employé la pommade mercurielle pour le pansement et touché fréquemment l'ulcération avec le nitrate d'argent; deux mois entiers elle était restée stationnaire, lorsque, le 29 décembre dernier, j'eus recours à la créosote, et je commençai à panser le chancre avec de la charpie de coton imbibée d'eau créosotée, application qui fut continuée soir et matin. Au bout de deux ou trois jours il se forma au-dessus de la plaie une croûte qui tomba le huitième et laissa voir le chancre parfaitement cicatrisé.

BRULURES.

Obs. VI. — La demoiselle Isidore, rue de la Haumerie, n° 20, se brûla, avec du lait bouillant, la tempe droite, le pavillon de l'oreille, la joue, le cou et le dos, jusqu'aux lombes; à la tempe, la joue et le cou, la brûlure était au premier degré; à l'oreille et au dos, au second degré. Je fis laver avec de l'eau créosotée (trois ou quatre gouttes de créosote pure par once d'eau distillée) les parties brûlées au premier degré, et en cinq jours, tout fut guéri sans suppuration. Les parties brûlées au deuxième degré furent pansées de même, et en douze jours tout fut cicatrisé. Ces dernières parties se couvrirent d'une croûte qui se souleva, tomba et laissa une cicatrice lisse, sans brides ni coutures de la peau.

Obs. VII. Une petite fille, rue des Écrivains, n° 22, dans une chute, porta le poignet sur un poêle fortement chauffé; il s'ensuivit une brûlure assez forte: j'enlevai l'épiderme soulevé par de la sérosité; je pansai avec du coton imbibé d'eau créosotée. Le surlendemain, la partie de la plaie la moins brûlée était séchée, et l'autre moitié était recouverte d'une croûte: je continuai le même pansement pendant cinq jours, il n'y eut aucune suppuration, la croûte tomba, et la plaie était entièrement cicatrisée.

DARTRES.

Obs. VIII. — Un jeune enfant portait au pli du coude un ulcère dartreux de la largeur d'une pièce de cinq francs, d'un rouge vif, rendant une suppuration liquide, jaune, ichoreuse, depuis plusieurs mois. On avait déjà employé plusieurs moyens inutilement. Le 18 janvier 1834, je fis laver quatre fois par jour avec de l'eau créosotée, et le 24, l'ulcère était sec, couvert de pellicules furfuracées. L'enfant ne manifeste plus de douleur lorsqu'on le panse, tandis qu'avant il poussait des cris violens. L'on continue le même pansement.

Obs. IX. M. Mitivier, rue des Cinq-Diamans, n° 18, portait une dartre de la largeur d'une pièce de 2 fr, sur le côté gauche du menton: elle était rouge et donnait une suppuration séreuse. Je pansai avec le coton imbibé d'eau créosotée et de créosote pure chaque jour, et le 27 décembre 1833, huit jours après le premier pansement, la dartre était complétement guérie, une croûte qui s'était formée tomba, et la peau lisse, unie, comme s'il n'y avait jamais eu de mal, ne conservait que la couleur rouge d'une cicatrisation fraîche.

MAUX DE DENTS.

Obs. X. — Madame Lamy, rue de la vieille-Monnaie, n° 5, éprouvait, le 10 janvier, de vives douleurs de dents occasionées par une carie. Je déposai dans le trou de la dent une petite boulette de coton imbibée de créosote pure; la douleur cessa presque à l'instant. Le lendemain, elle me fit mander de nouveau pour une autre dent qui lui occasionait les mêmes souffrances; j'employai les mêmes moyens, et encore cette fois la douleur fut arrêtée.

PLAIES RÉCENTES.

Obs. XI. — Un charpentier de la rue des Arcis, n° 33, se fit, le 18 janvier, avec du verre, une plaie profonde à deux doigts de la main. Du coton imbibé d'eau créosotée arrêta l'hémorrhagie à l'instant, et la plaie fut cicatrisée en cinq jours, sans avoir présenté de suppuration.

Obs. XII. — Madame [illegible]ère, rue des Arcis, n° 60, se fit le 11 janvier une coupure profonde au doigt annulaire de la

main gauche ; il y avait un lambeau pendant d'un demi-pouce de long. Je réappliquai le lambeau, et pansai avec du coton imbibé d'eau créosotée ; le 15 janvier la plaie était cicatrisée et il n'y avait pas eu une seule goutte de suppuration.

En résumé, sur les douze malades dont je viens de parler, dix ont ressenti une douleur plus ou moins vive de l'application de la créosote, deux seulement n'en ont éprouvé aucune souffrance.

La créosote a fait cesser le mauvais caractère de plaies anciennes, et a agi comme un véritable désinfectant chez cinq malades.

Elle a tari promptement la suppuration dans sept cas. Enfin, chez quatre malades, elle a eu pour résultat d'amener une prompte cicatrisation sans produire de suppuration.

BERTHELOT.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

De la rétraction des orteils et de son traitement.

La chaussure très-étroite et à talon très-élevé, à laquelle la mode des temps passés condamnait nos ancêtres, devait rendre très-fréquentes les déviations accidentelles des orteils. Incarcéré dans cette espèce d'*étui conique* et étroit que le soulier représente, le pied devait nécessairement éprouver deux effets : 1° une accumulation forcée et un chevauchement réciproque des orteils moyens sur les orteils des extrémités ; ou, en d'autres termes, un *raccourcissement* considérable du diamètre digital transverse du pied ; 2° une déviation *en avant* du centre de gravité du corps, durant la station debout, ou pendant la marche. On conçoit, en effet, que ce n'est qu'en convertissant la figure, naturellement aplatie, de l'extrémité antérieure du pied en celle d'un cône solide qu'on peut faire entrer ce membre dans une chaussure très-étroite et pointue. On conçoit aussi qu'on ne peut élever considérablement le talon d'un soulier, ou d'une botte, sans faire tomber le centre de gravité du corps à la partie antérieure du pied, au lieu de le laisser sur l'astragale, ainsi que cela arrive dans l'état naturel. Dans ces sortes de chaussures, les orteils se trouvaient donc fortement comprimés par une double force à la fois ; savoir l'une agissant dans le sens latéral, l'autre dans le sens vertical. De là les déviations morbides des orteils dont nous allons parler.

De nos jours bien que la mode de la chaussure ne soit pas aussi anti-rationnelle que celle du temps du cardinal Mazarin, néanmoins on voit encore des personnes qui aiment à être chaussées presqu'*à la chinoise ;* aussi avons-nous souvent l'occasion de traiter les suites de cette espèce de monomanie *strictipede*.

Les orteils, fortement et habituellement serrés dans un soulier trop étroit, peuvent être déviés de deux manières : 1° ou bien un ou plusieurs des orteils moyens se rétractent fortement vers la plante du pied, de manière que la première phalange est élevée presque perpendiculairement sur la face dorsale métatarsienne, tandis que les deux dernières phalanges sont tournées vers le sol ; 2° ou bien un ou plusieurs des orteils moyens chevauchent à angle plus ou moins aigu sur les orteils voisins, de sorte que la partie antérieure du pied ressemble plutôt à une petite botte de radis (qu'on me passe cette expression) qu'à un pied ordinaire. J'appellerai *rétraction en zig-zag* le premier mode de déviation des orteils ; et *déviation latérale* le second mode de déplacement. Il ne sera ici question que de la première déviation.

La *rétraction en zig-zag* des orteils est une infirmité fort incommode. Tout le poids du corps appuyant en quelque sorte sur le bord libre de l'angle de l'orteil rétracté, la marche devient excessivement douloureuse, impossible même quelquefois. Les deux dernières phalanges de l'orteil ainsi dévié, se trouvant pressées entre deux forces opposées, savoir : le sol, qui résiste à la pointe, et l'empeigne, qui presse par le poids du corps sur l'angle formé par la première avec la seconde phalange ; il en résulte souvent une ulcération fort douloureuse sur la peau de l'angle phalangien que je viens de nommer. Cette ulcération suppurative ne pénètre jamais dans l'intérieur de l'articulation phalangienne sous-jacente, ainsi que j'ai pu m'en assurer plusieurs fois par la dissection.

Parmi les orteils sujets à cette rétraction, le troisième en paraît le plus souvent attaqué. Voici à quoi cette particularité me semble tenir. La disposition des orteils n'est pas la même que celle des doigts de la main : à la main, c'est le doigt du milieu qui est le plus long ; l'indicateur est à peu près de la même longueur que l'annulaire, et le petit doigt est lui-même plus long que le pouce ; mais au pied, les orteils présentent une longueur décroissante, depuis le gros jusqu'au petit orteil, de manière que chacun des orteils dépasse l'autre de quatre à cinq lignes à peu près. Or, lorsque le pied se trouve emboîté dans une chaussure étroite et pointue, le bord externe de ce membre étant forcément roulé avec le second orteil vers le sol, il est évident que le second orteil qui reste en contact avec le bord du soulier doit presser et relever la première phalange du troisième orteil, qui est lui-même plus long que le quatrième : de là résulte que le troisième orteil se trouve à la fois relevé vers sa base et déprimé vers sa pointe. Si cet état devient habituel, la rétraction a lieu presque immanquablement.

La simple inspection suffit pour diagnostiquer la rétraction dont nous parlons. Si l'on cherche à ramener l'orteil à sa direction naturelle avec la main, on ne peut pas le faire ordinairement ; car, comme la déviation ne s'est opérée que petit à petit, et à l'insu de la personne qui la présente, avant qu'on ne s'aperçoive de la gêne qu'on éprouve et qu'on ne se décide à réclamer les secours de l'art, l'ankylose de la première phalange avec la seconde est déjà formée d'une manière plus ou moins complète. Telles étaient à peu près les conditions de tous les cas de ce genre que j'ai observés jusqu'à ce jour. D'autres assurent cependant avoir rencontré les rétractions en question sans aucune ankylose, de sorte qu'on pouvait momentanément redresser l'orteil avec les doigts. C'est ce que je ne suis nullement disposé à nier.

Partant de l'idée que la cause prochaine de la rétraction

en zig-zag des orteils consistait dans la contraction spasmodique et permanente du muscle extenseur correspondant à l'orteil dévié, Boyer a été naturellement conduit à l'idée de l'excision du tendon de ce muscle pour guérir les déviations en question. Si je ne me trompe, à mon tour, Boyer prenait ici l'effet pour la cause. Examinez un orteil ainsi dévié, vous verrez que le tendon du muscle fléchisseur est également tendu que celui de l'extenseur; on ne peut pas conclure pour cela que la rétraction des phalanges est le résultat de celle des tendons correspondans. Il me semble, au contraire, résulter assez clairement du mécanisme que je viens d'exposer sur la rétraction en question, que la contraction spasmodique des tendons est l'effet, et non la cause de la déviation de l'orteil. Je ne prétends pas nier par-là que la rétraction de l'aponévrose plantaire ne puisse pas quelquefois produire le même vice de direction des orteils, ainsi que cela se voit assez fréquemment aux mains. Mais ceci doit être excessivement rare, car la déviation en question ne s'observe jamais sur les gens qui marchent nu-pieds, ou qui font usage d'une chaussure assez large. Ici donc, l'affaire est toute mécanique, et la rétraction des muscles ne doit être considérée que comme *secondaire* à la position forcée des phalanges : l'observation rapportée par Boyer à l'appui de son opinion sur ce sujet n'est pas concluante (1).

Il est rare que les personnes à orteils rétractés nous consultent avant que le vice de la déviation soit très-avancé et qu'il y ait même ankylose. Lorsque celle-ci n'est pas encore très-prononcée, et qu'on peut ramener momentanément l'orteil à sa direction normale, le devoir du chirurgien est d'essayer de guérir la rétraction sans opération sanglante. Pour cela, on mettra en usage les moyens suivans : 1° renoncer à la chaussure étroite; 2° appliquer des émolliens localement pendant long-temps, tels que bains de pieds prolongés, embrocations huileuses, emplâtres de mucilage, de diachilon, etc.; 3° redresser petit à petit l'orteil, et le maintenir redressé, à l'aide de bandelettes de diachilon gommées, de petites attelles de carton serrées avec un ruban de fil; 4° enfin, rembourrer avec du coton cardé et du linge fin cette partie de la plante du pied, qui répond à l'orteil rétracté, afin d'en prévenir le retour dans la direction vicieuse. Ces moyens ne réussissent pas toujours, il est vrai; mais je les ai dernièrement employés avec un plein succès sur une dame anglaise, milady D...., qui logeait dans l'hôtel Mirabeau. Aussi est-il convenable de les essayer dans la plupart des cas. Sur la dame que je viens de citer, la rétraction en zig-zag des orteils existant aux deux pieds, je n'ai pu guérir la plus ancienne qu'à l'aide d'une opération dont je parlerai bientôt.

Je ne suis pas partisan du remède proposé par Boyer pour guérir cette infirmité; savoir : l'excision du tendon extenseur de l'orteil rétracté. Ce moyen, reposant sur une fausse idée de la nature du désordre, ne peut guère réussir dans le plus grand nombre des cas. Le raisonnement indique en effet que cette excision doit singulièrement augmenter la rétraction du muscle antagoniste, le fléchisseur. L'expérience d'ailleurs ayant été répétée une fois en Italie, elle n'a pas répondu aux espérances que son auteur en avait fait concevoir. Dans le cas même de Boyer, l'opération a dû être répétée deux fois, et si le malade guérit, c'est que les phalanges étaient très-mobiles, et *que l'orteil fut long-temps maintenu étendu dans des attelles et des bandes.* L'excision du tendon extenseur dans le traitement de la rétraction en question me paraît un moyen *infidèle* pour les résultats, et aussi douloureux pour l'exécution que l'amputation partielle dont nous parlerons bientôt. Enfin chacun voit qu'on ne pourrait pas songer à ce moyen, lorsque l'ankylose entre la première et la seconde phalange serait déjà établie; ce qu'on reconnaît aisément en essayant de ramener, à l'aide de deux doigts, l'orteil à sa rectitude naturelle.

La première idée que les chirurgiens avaient eue pour guérir la *rétraction en zig-zag* des orteils était celle de l'amputation de l'orteil, même dans son articulation avec les os du métatarse. Cette opération a été pratiquée, en effet, un grand nombre de fois pour les cas de ce genre; mais les succès en ont été très-variés. Les uns ont guéri sans éprouver d'accidens, ainsi que j'en ai vu moi-même des exemples; les autres n'ont guéri qu'après un traitement très-long et très-orageux, occasioné par des inflammations et des abcès consécutifs dans le pied; les autres enfin ont succombé aux suites de cette opération. MM. Dupuytren et Astley Cooper rapportent des exemples de ce genre. Je suis moi-même témoin oculaire d'un fait de cette espèce; le voici :

En 1829, un jeune homme, âgé de 24 ans, d'assez bonne constitution, entra à l'hôpital de la Charité de Paris pour être traité d'une rétraction permanente en zig-zag du second orteil d'un pied. La peau de la première phalange avec la seconde était enflammée et abcédée. Il fut couché au lit n° 7, de la salle Saint-Augustin. M. Boyer pratiqua la désarticulation de l'orteil dans la jointure métatarso-phalangienne. La plaie parut aller bien pendant les premiers temps; mais plus tard une inflammation sourde s'empara de tous les tissus sous-aponévrotiques dorsaux et plantaires du pied; le pied se gonfla, devint douloureux, la fièvre s'alluma, des abcès multiples se formèrent; des clapiers, des fusées de pus nécessitèrent plusieurs incisions très-étendues. En attendant, la résorption du pus se déclara, et vers le deuxième mois de l'opération le malade mourut avec tous les symptômes d'une maladie de poitrine. L'autopsie n'a pas été faite, attendu que les parens du malade ont voulu l'emporter de l'hôpital, quoique mourant. La dissection de l'orteil malade montra que la suppuration de la peau de la jointure ne s'étendait pas jusque dans l'intérieur de l'articulation phalangienne.

C'est à cause de résultats pareils, que dans une de ses leçons de l'été dernier M. Dupuytren dit : Qu'il s'était,

(1) Lorsque vous déviez une partie du corps de sa direction naturelle, il est tout simple qu'à la longue les muscles et les tendons de cette partie se rétractent spasmodiquement. Lorsqu'on portait habituellement des souliers à talon très-élevé, on trouvait constamment à l'autopsie de ces individus le tendon d'achille *considérablement tendu* et les muscles du mollet très-remontés et à demi atrophiés ainsi que cela résulte des recherches de Scarpa *sur le pied bot.* Le même phénomène s'observe aussi quelquefois sur certaines déviations morbides du cou.

depuis quelques années, refusé à opérer des orteils ainsi rétractés. Cependant le génie chirurgical de ce professeur n'est pas long-temps resté sans imaginer un remède plus sûr que le précédent pour guérir l'infirmité dont nous parlons. M. Dupuytren a dans ces derniers temps conçu l'idée de n'enlever que les deux dernières phalanges de l'orteil rétracté, et de redresser ensuite la première phalange restante. C'est ce qui a déjà été fait un grand nombre de fois par M. Dupuytren. En voici un exemple.

Dans l'été dernier, un homme, âgé de 45 ans, fut admis dans la salle *Saint-Martin* (Hôtel-Dieu) pour une rétraction en zig-zag du troisième orteil du pied gauche. Cette déviation existait depuis très-long-temps, et l'homme ne pouvait marcher sans souffrir beaucoup et sans boiter. L'examen de l'orteil montrait que la première phalange était relevée presqu'à angle droit sur le niveau du métatarse, tandis que les deux dernières étaient, de leur côté, aussi fléchies presque perpendiculairement vers le sol. L'articulation de la première avec la seconde phalange était solidement ankylosée : la pointe de l'orteil ne pouvait pas être ramenée à sa rectitude naturelle, mais l'articulation métatarso-phalangienne était mobile. M. Dupuytren amputa les deux dernières phalangies de cet orteil. Il pansa à l'ordinaire, puis à l'aide d'une bandelette de diachilon et d'une petite bande il ramena la première phalange restante à sa direction normale, ce qui fut fait très-facilement, et en peu de jours la guérison a été obtenue sans accidens.

— Nous pourrions rapporter un assez grand nombre d'opérations partielles faites par M. Dupuytren avec un plein succès; mais cela n'ajouterait rien aux considérations auxquelles nous venons de nous livrer sur le traitement de la rétraction des orteils. On est cependant curieux de savoir à quoi tient la différence énorme qu'il y a, *pour le résultat*, entre l'ablation de la *totalité*, et celle d'une *partie* de l'orteil. La raison de cette différence existe suivant moi dans la nature des tissus fermes, aponévrotico-tendineux et spongieux de la plante du pied; ces tissus s'enflamment, suppurent facilement; l'inflammation se propage aisément au loin : de là les accidens que nous venons de signaler, accidens qui, du reste, ne sont pas constans, et qui peuvent souvent dépendre d'un principe morbifique caché dans la constitution. Ces considérations de localité, ne se rencontrant pas dans les articulations phalangiennes, l'on peut, ce me semble, jusqu'à un certain point, se rendre raison de la différence des résultats que nous venons de discuter. Si les raisons que nous venons de donner ne satisfaisaient pas certains esprits, nous nous prévaudrions de ce grand principe connu de chirurgie : *Que le danger d'une amputation est toujours en raison directe de la quantité de chairs qu'on enlève, de la largeur de la plaie, et de la nature de la partie même qu'on mutile.* RG.

De la paracentèse abdominale par l'ombilic.

Tout le monde sait que sur certains individus ascitiques, l'anneau aponévrotique de l'ombilic s'ouvre et permet à une anse du péritoine qui le couvre de s'engager en même temps qu'une portion du liquide qui le pousse de dedans en dehors, et de venir former une petite tumeur, du volume d'un petit cornichon, à la partie antérieure et moyenne du ventre. C'est là une espèce de hernie aqueuse de l'ombilic que j'appellerais volontiers *hydromphale symptomatique*. Il est bon de dire que cet hydromphale ne se forme pas toujours précisément dans l'anneau ombilical; quelquefois ce n'est qu'un simple éraillement de la ligne blanche, au-dessus ou au-dessous de l'ombilic, qui donne passage à l'espèce de hernie aqueuse dont nous parlons.

La nature ayant montré plusieurs fois aux observateurs que la rupture *spontanée* de la tumeur aqueuse de l'ombilic avait donné issue aux eaux de l'abdomen, d'où s'était suivie la guérison radicale ou temporaire des malades; les chirurgiens ont, dans les circonstances analogues, imité la nature, en donnant issue aux eaux de l'hydropisie par l'ombilic, en employant une lancette au lieu du trois-quarts. Quand cette protubérance ombilicale existe sur un ascitique qu'on doit ponctionner, il est plus convenable, je crois, d'évacuer les eaux par cette voie que par la voie ordinaire de la canule du trois-quarts. L'ombilic est très-mince dans ces cas; une simple piqûre avec la lancette suffit pour atteindre le but : ce qui est très-simple, très-facile à faire, et n'entraîne aucun inconvénient; tandis que la ponction avec le trois-quarts a quelquefois été suivie d'accidens. Voici de quelle manière j'ai vu pratiquer la paracentèse abdominale par l'ombilic.

Le 30 juillet 1833, un homme de Picardie, ascitique depuis deux ans, entra à l'Hôtel-Dieu pour y être traité de son hydropisie. Le ventre était énormément distendu. L'ombilic de ce malade faisait une forte saillie en dehors, à cause d'une exomphale existant dès l'enfance. M. Dupuytren pinça, avec deux doigts de la main gauche, la peau de la hernie ombilicale, repoussa les viscères dans le ventre, et y enfonça la pointe d'une lancette effilée jusqu'à la profondeur de cinq à six lignes. Les eaux de l'abdomen de cet homme s'évacuèrent en totalité par cette ouverture ombilicale; il en rendit plus de cinquante livres. En pratiquant cette ponction, le malade était debout; on le fit asseoir sur le bord d'une chaise durant l'évacuation des eaux. Un bandage compressif fut ordonné en permanence sur le ventre du malade qui partit le lendemain pour son pays. Je dois ajouter que la nuit suivante les eaux continuèrent à couler par la même ouverture, et que le lendemain la cavité abdominale était entièrement vidée.

En parlant de la hernie ombilicale, Boyer dit qu'on a vu quelquefois survenir une exomphale après la ponction faite à l'ombilic très-distendu par l'eau dans une ascite.

Évidemment ce chirurgien prend ici l'effet pour la cause. Les eaux ne feraient pas saillie à l'ombilic, s'il n'existait pas préalablement une hernie ombilicale, ou bien s'il ne s'en était pas formé une pendant le développement de l'hydropisie. Ce n'est par conséquent pas la ponction de l'hydropisie par l'ombilic qui peut produire la hernie; car il faut que celle-ci existe pour qu'on songe à faire la ponction par-là. Qui ne sait d'ailleurs que l'anneau ombilical, chez l'adulte, est le point le plus résistant de la ligne blanche de l'abdomen? Si vous vous donnez la peine de disséquer de dedans en dehors les tissus qui forment l'ombilic bien conformé chez

l'adulte, vous verrez un entrelacement très-serré de fibres aponévrotiques, qui forment un noyau aussi solide que le tissu de la partie postérieure de la sclérotique ; vous verrez qu'il vous sera facile aux environs de l'ombilic de séparer le péritoine, le tissu cellulo-graisseux sous-péritonéal, l'aponévrose profonde abdominale, les muscles droits, l'aponévrose superficielle, etc. ; mais qu'arrivé sur le centre de l'anneau ombilical, cette dissection séparée est impossible : on ne peut que couper toute l'épaisseur du noyau de la cicatrice de l'ombilic. On se convaincra alors de la résistance énorme qu'offre ce point de la paroi abdominale, en comparaison de celle du reste de la ligne médiane. Comment pourrait-on donc admettre que la simple distension des eaux pût produire une rupture de l'anneau ombilical plutôt que du reste de la ligne blanche ? Concluons donc en disant : 1° que, si une hernie ombilicale se manifeste sur certains ascitiques, c'est qu'il existait préalablement un vice de structure à l'anneau de l'ombilic ; 2° que, si la distension aqueuse peut produire une exomphale, l'éraillement n'a lieu ordinairement que sur les environs de l'anneau ombilical, et jamais dans le centre de cet anneau, à moins d'un défaut primitif de structure ; 3° enfin, que, lorsqu'après une paracentèse ombilicale, une exomphale survient, la ponction n'a été pour rien dans la formation de cette hernie. T. N.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur le précipité blanc et le mercure doux à la vapeur.

J'ai cherché à établir dans une note précédente, que le précipité blanc et le calomélas à la vapeur n'étaient pas identiques, médicalement parlant, et je suis fondé à croire plus que jamais à la non identité de ces deux produits dans certaines circonstances. Mais la différence médicale qui existe entre ces deux médicamens existe aussi sous le rapport chimique, et cela tient au procédé que l'on emploie pour la préparation du précipité blanc ; car ce précipité, préparé convenablement, est absolument identique avec le calomélas à la vapeur sous les rapports chimique et médical. Je vais essayer de le démontrer en peu de mots.

Lorsque l'on a préparé le précipité par le procédé décrit dans le codex, et qu'on le *lave avec de l'eau chaude*, ce précipité contient presque toujours un acide dont le radical est l'azote ; et rien n'est plus facile que de démontrer la présence de cet acide. Il suffit de mêler le précipité avec de la limaille de cuivre et de le soumettre à l'action du calorique dans un tube de verre. Bientôt il se dégage du deutoxide d'azote, qui se transforme par son contact avec l'air atmosphérique en acide nitreux que l'on reconnaît à sa couleur rouge.

Les propriétés médicinales du précipité blanc lavé à l'eau chaude sont très-différentes de celles du calomélas à la vapeur, et cela se conçoit facilement. Ces deux médicamens ne doivent donc jamais être donnés l'un pour l'autre.

Mais du précipité blanc préparé par le même procédé, et débarrassé des nitrates par *de nombreux lavages à l'eau froide*, n'est autre chose que du proto-chlorure de mercure ou calomélas parfaitement identique avec le mercure doux à la vapeur.

Ainsi préparé, le précipité blanc peut-être substitué au mercure doux, *et vice versâ*.

Je ne rappellerai point les expériences que j'ai faites sur ces combinaisons, et qui sont les mêmes que celles de notre savant collègue M. Guibert et de M. Zaborda ; mais j'insisterai plus que je ne l'ai encore fait pour que les pharmaciens préparent eux-mêmes ces médicamens, ou qu'ils se les procurent dans les pharmacies où, comme je l'ai dit, la réputation est comptée pour quelque chose ; ils sentiront combien il leur importe d'être sûrs des propriétés d'un médicament que quelques degrés de chaleur font varier d'une manière si remarquable. P. H. BOUTIGNY.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la doctrine homœopathique.

(QUATRIÈME ARTICLE.)

« L'homœopathie sera sauvée dès qu'elle aura touché le sol de la France, » a dit le patriarche de Kœten. Il faut avoir une bien bonne opinion de la doctrine, ou une bien mauvaise de l'esprit des médecins français pour parler ainsi : il eût été plus exact de dire : si l'homœopathie est adoptée par la France, elle aura bientôt fait le tour du globe ; parce qu'en effet, pour tout ce qui est du ressort de l'intelligence, la France donne le ton à toutes les nations civilisées. Toutefois, ce succès est encore à réaliser ; et bien qu'elle ait touché notre sol ; qu'elle y ait élu domicile et fondé des établissemens comme si déjà elle avait obtenu ses lettres de grande naturalisation ; bien qu'elle ait, de plus, illuminé quelques-uns de ces esprits exceptionnels, qui forment comme une société à part au milieu de la société commune, qui ne les comprend pas plus qu'ils ne la comprennent : l'homœopathie n'est pas encore sauvée ; cependant elle n'a été jusqu'à présent attaquée, disent ses partisans, que par des hommes obscurs. Raison de plus, ce me semble, pour que son triomphe ait été plus prompt et plus facile, préconisée qu'elle est d'ailleurs, par des hommes qui, sans doute, ont acquis, par d'importans travaux, le droit d'imposer leur conviction aux autres.

Malgré son importance et le zèle de ses propagateurs, l'homœopathie est encore traitée parmi nous comme une étrangère obscure, à qui l'on donne l'hospitalité, mais qu'on ne cherche point à produire. Il paraîtra bien étonnant qu'avec des organes aussi puissans, avec le cortége de faits miraculeux dont elle est chaque jour la source, la doctrine

de Hannemann ait à peine, depuis quarante ans, franchi les frontières du pays qui l'a vu naître. On répliquera, comme on l'a fait, que les découvertes les plus utiles sont lentes à se répandre; nous répondrons que les *vraies* vérités, quand surtout elles sont d'une application générale, et intéressent aussi vivement l'humanité, sont bientôt accueillies. La vaccine, en dépit de l'opposition qu'elle a pu rencontrer, a mis moins de temps à se faire adopter du monde entier.

Voici donc l'homœopathie installée définitivement en France. La voilà racontant périodiquement, dans un journal spécial, ses merveilles sans nombre; dispensant ses bienfaits, non-seulement dans la clientelle privilégiée de quelques médecins ex-allopathistes, las sans doute de ne point guérir leurs malades ou de les torturer avec les moyens *barbares* des vieilles méthodes *homo* ou *allo anti-opathiques*, mais encore dans des hôpitaux où malheureusement elle a peine à s'acclimater, ainsi qu'on a pu le voir dans le numéro de janvier, de ce journal. Jusqu'à présent, il paraît que l'homœopathie est, du moins en France, une doctrine aristocratique qui refuse ses faveurs à ceux qui précisément y ont le plus de droits; aux pauvres en général qui peuplent nos hôpitaux, et aux artisans entourés d'effluves, qui, par leur nature, nuisent à l'action des médicamens homœopathiques. C'est ainsi que les derniers ouvrages sur l'homœopathie sont pleins de cures promptes et solides; que la clinique homœopathique de Bordeaux attend encore des succès bien évidens, et que des malades traités par M. Gueyrard n'ont pu être guéris homœopathiquement, ainsi qu'il l'observe dans son ouvrage, parce que l'un était coiffeur et l'autre épicier, c'est-à-dire soumis à l'influence de deux miasmes: celui-ci, de la cannelle et du poivre; celui-là, de la poudre et de l'huile antique. Voilà bien des malades rejétés par l'homœopathie; s'il en est ainsi, d'une part, on peut croire aux succès, relativement plus grands des médecins homœopathistes, agissant sur des sujets de choix et dans les circonstances les plus favorables; et de l'autre, on peut expliquer les difficultés qu'éprouve l'homœopathie à se répandre.

Nous avons déjà donné un aperçu des principes fondamentaux du système homœopathique; et puisque tout le monde s'occupe à présent d'homœopathie, nous en reparlerons à nos lecteurs, mais seulement sous le rapport thérapeutique. Admettant pour un moment: 1° la loi du *similia similibus* comme applicable au traitement de toutes les maladies en général; 2° la puissance réelle des substances médicamenteuses données à doses infinitésimales; 3° l'analogie entre les symptômes du médicament chez l'homme sain et chez l'homme malade; 4° enfin, la spécificité de ce médicament, son action locale, élective, sur l'organe malade; nous allons rapporter quelques-unes des principales règles thérapeutiques de l'homœopathie.

Dans l'emploi d'un remède homœopathique, il ne suffit pas d'avoir égard à l'ensemble des symptômes; il faut encore tenir compte de l'âge, du sexe, du tempérament du malade et des circonstances atmosphériques et autres qui l'entourent; car, le succès sera en rapport avec le degré d'analogie que présenteront, et les effets pathogénitiques du médicament, et les symptômes résultant des diverses causes.

Si l'on joint à ces premières difficultés celle qui résulte de l'appréciation exacte des symptômes caractéristiques, des modifications que pourront éprouver ces symptômes dans le cours de la maladie, on aura une idée de ce que peut être la pratique de la médecine homœopathique. Ce choix des symptômes caractéristiques et du miasme médicateur paraît au premier abord, si non impossible, au moins extrêmement difficile, quand on pense que pour la plupart des médicamens on compte les effets pathogénitiques par centaines. L'absence de règles fixes tracées à l'avance doit nécessairement abandonner le choix des moyens à l'arbitraire; et la médecine homœopathique, qui accuse la vieille médecine de guérir souvent par hasard, peut à bon droit recevoir le même reproche. Quand le remède est choisi, disent les homœopathistes, on ne doit le donner qu'à la dose justement nécessaire pour ramener l'harmonie dans les fonctions. Les pharmacopées indiquent à quelle dose tel médicament peut être administré; mais on varie cette dose suivant le degré d'irritabilité des malades. Plus celle-ci est élevée plus l'atténuation du médicament doit l'être, la diététique est certainement un des moyens dont la médecine tire le plus d'avantages, surtout dans le traitement des maladies aigues; et l'on sait, qu'aidé du temps et du concours de la nature, un régime sagement dirigé triomphe de bien des affections qu'une médication très-active trouve rebelle. Aussi est-on disposé à rapporter à cette diététique sévère que prescrit l'homœopathie les succès dont elle fait vanité; d'autant plus que la puissance des atomes médicamenteux qui, *à priori*, semble une impossibilité n'est pas encore tant s'en faut une vérité démontrée.

Les homœopathistes n'entendent pas la diète comme nous; car elle se réduit à ce simple précepte: de ne permettre aucune substance médicinale; et comme la plus grande partie des alimens, surtout les condimens qui servent à leur préparation, ont une action médicinale, les malades doivent s'abstenir avec le plus grand soin, pendant la durée du traitement, de toute espèce d'épices, de plantes aromatiques, oignons, poireaux, cerfeuil, de substances acides, salées, etc.; et surtout de toute infusion quelconque. Mais ce régime n'exclut pas l'usage de certains alimens propres à nourrir le malade, et loin de prescrire l'abstinence comme nous le faisons généralement, les homœopathistes donnent à leurs malades les viandes les plus succulentes, et du pain bis. Quant aux boissons, données uniquement dans le but d'étancher la soif, elles ne sont permises qu'autant qu'elles ne renferment rien de médicinal.

Toute grande que puisse être l'influence d'un tel régime, on ne pourrait la croire assez puissante pour produire les effets étonnans que les homœopathistes disent résulter de leur mode de traitement: car ils affirment, que, par son secours, 1° il n'est pas d'état aigu, quelque violent qu'il soit, qui ne doive céder et disparaître en peu d'heures, sans convalescence à la suite; 2° que parmi les maladies chroniques, désespoir de l'art, et réputées incurables, comme les spasmes, cataractes, gouttes, caries, scrofules, etc., les quatre cinquièmes sont accessibles à une guérison rapide et définitive; 3° qu'enfin ils n'ont besoin d'aucunes maladies sur-ajoutées, telles que sinapismes, cautères, vésicatoires, purgatifs, etc. » Il faut donc croire à l'action toute puissante des atomes médicamenteux. D'un autre côté, comment concilier de si beaux et de si constans résultats avec la con-

duite d'un assez grand nombre d'homœopathistes allemands, qui reconnaissent que la méthode allopathique est souvent bonne à quelque chose et parfois indispensable, et qui, contre le vœu de Hannemann et des purs de la doctrine n'ont renoncé, ni à la saignée, ni à l'émétique, ni aux sinapismes, trois agens dont les ressources, il est vrai, sont immenses, sans lesquels toute médecine nous paraît impossible, et qui, aidés du régime, ont fait plus de cures que tous les atomes de l'homœopathie n'en feront jamais.

Mais la pratique médicale des homœopathistes répond par des succès à ces contradictions apparentes. Ces succès sont aussi faciles que nombreux; on en jugera par les observations suivantes, que nous avons extraites d'un des derniers ouvrages qui ont été publiés sur la matière, celui de M. Gueyrard.

GASTRITE AIGUE.

Obs. I. Une femme de quarante ans, lymphatique, languissante depuis dix ans, époque de sa dernière couche, et névropathique, contracte, le 13 mars 1832, une affection caractérisée par : forte prostration; épigastralgie augmentant par la pression; brisure générale; peau chaude et moite; face contractée, vultueuse, exprimant la souffrance; langue saburrale au centre, rouge et dentelée aux bords; 105 pulsations inégales et raides.

Le 15. *Aconit* 30°, double dose, à répéter au bout de six heures.

16. Apyrexie, mieux général. *Nux vomica* 30°.

17. La malade est levée, tous les symptômes s'évanouissent. *Alimens compris dans le régime homœopathique.*

18. Guérison confirmée.

DIARRHÉE BILIEUSE.

Obs. II. Un négociant de trente ans, blond, bien constitué, quoique faiblement musclé, se traite en vain depuis huit jours par tous les moyens allopathiques, pour une diarrhée qui alterne avec des accès de céphalalgie. Les selles sont bilieuses, précédées de coliques, accompagnées de tiraillemens douloureux le long des cuisses; leur nombre va en augmentant chaque jour et entraîne une faiblesse extrême.

Il prend, le 9 août 1832, une seule dose de *chamomilla* 12°°, qui fait disparaître tous ces symptômes.

11. Le malade va à la Bourse.

13. Il se plaint de ténesme et d'une constipation qui cède à *opium* 6°°°°°.

25. Ce jeune homme, peu soigneux de sa santé, après s'être exposé à un froid humide, ressent une atteinte de rhumatisme vague et de sciatique, à laquelle il est sujet; en même temps, retour de diarrhée, quatre selles aqueuses le matin seulement. Une dose unique de *dulcamara* 24°, est suivie d'une franche guérison.

ANGINE TONSILLAIRE.

Obs. III. Un pharmacien de Lyon, trente ans, blond, fort et bien constitué, éprouve, dans la nuit du 29 au 30 janvier 1832, un sentiment de brisure et de malaise général, avec insomnie et excitation fébrile.

30 au matin, vers neuf heures, gonflement inflammatoire des tonsilles, avec rougeur qui se répand sur le voile du palais, douleur pongitive dans la déglutition, besoin factice d'avaler, salivation visqueuse, raucité de la voix, etc. Le malade, sur le point de boire une infusion théiforme, la repousse et accepte, sans grande confiance dans son résultat, une dose de *belladona* 30°°°.

A dix heures, irritation sensiblement augmentée avec rougeur faciale et sensation contusive aux genoux; à midi tout a disparu : gorge libre, bien-être et appétit... A trois heures, le malade a dîné, et (grande surprise pour nous) est descendu dans son laboratiore.... Incrédule la veille, ce pharmacien s'est voué depuis cette époque à la préparation des médicamens homœopathiques.

CROUP.

Obs. IV. L'enfant F., deux ans et demi, fortement constitué, vers le soir du 24 avril 1832, est saisi d'un mouvement fébrile et de toux avec raucité de la voix; cet état s'aggrave pendant la nuit, et dès le lendemain, les symptômes du croup sont manifestes... Appelé près du petit malade, nous le trouvons le soir dans une situation devenue alarmante par la marche rapide de la maladie. Tête renversée, creusant l'oreiller; face tuméfiée; col tendu; râle muqueux et sibilant, avec claquement à la glotte; respiration bruyante; toux éclatante et rauque, avec caractère croupal bien distinct; accablement; pouls à 140 pulsations raides et pleines. *Aconit* 24°, et trois heures après, *hepar sulphur*, 4°. La première de ces doses est donnée à neuf heures du soir; à onze on observe une sédation extraordinaire de la fièvre, calme et pâleur du visage. Après la deuxième dose, la respiration devient plus libre, moins sifflante; tout s'améliore dans la nuit, et le lendemain, 26, on est surpris de trouver le petit malade levé, jouant dans l'appartement, et ne conservant qu'une légère raucité de la voix qui se dissipe en vingt-quatre heures.

BRONCHITE CONVULSIVE (COQUELUCHE).

Obs. V. Un enfant de six ans, bien portant les jours précédens, contracte, le 8 février 1832, la coqueluche qui régnait alors épidémiquement. Après deux ou trois jours de malaise et de fièvre légère, les symptômes s'aggravent, la toux devient sèche, forte, sonore, se reproduisant par quintes qui laissent à peine à l'enfant le temps d'inspirer. Le 12, la coqueluche est parfaitement caractérisée par une inspiration bruyante, sonore, au milieu d'une série d'expirations saccadées. Pendant cette quinte, la face s'injecte, les yeux deviennent rouges, larmoyans, les artères du col battent avec violence; après quelques quintes, le petit malade parvient à expulser un peu de mucosité glaireuse. Ce même jour il prend *belladona* 30°°°; encore quelques légères quintes, et le lendemain elles ont disparu.

PLEURODYNIE.

Obs. VI. Une femme de quarante-huit ans, non réglée, forte,

brune, grasse, éprouve depuis une année une douleur vive et lancinante au côté gauche, plus forte en respirant et en marchant. Elle a épuisé les moyens ordinaires; cette affection a résisté à plusieurs vésicatoires, aux ventouses, aux frictions stimulantes, aux bains de vapeur, etc.; l'aération pulmonaire se fait librement. Tout indique donc que les muscles intercostaux sont le siége fixe de cette maladie. Il n'y a pas de fièvre, et l'ensemble fonctionnel n'est pas troublé. Deux fortes doses de *bryonia* 18°, à deux jours d'intervalle, les 16 et 18 février 1832, provoquent le 19 une aggravation très-sensible suivie d'une guérison brusque et sans retour.

ROUGEOLES.

Obs. VII. Un enfant de trois ans, bien constitué, contracte la rougeole qui régnait alors épidémiquement. Après un stade catarrhal pénible, se montre l'éruption. Le 21 juillet 1833, elle n'est sensible que par une légère marbrure de la peau; les yeux sont très-rouges et la toux excessive. Dans cet état, l'enfant prend *pulsatilla* 12°. Deux heures après, grande anxiété, et au bout de quatre heures, sédation du catarrhe, et en même temps développement complet des taches rubéoliques. Dès le lendemain 22, la rougeole était au déclin comme elle y fût parvenue le septième jour par la méthode expectante. La toux continue à s'éteindre malgré l'imprudence qu'on a eue d'exposer l'enfant malade à l'air pluvieux. Le 24, il sort en parfaite santé, sans convalescence et sans aucun de ces reliquats si tenaces qu'on observe souvent.

SQUIRRHE DES MAMELLES.

Obs. VIII. Femme de trente-quatre ans, brune, forte, grasse, accablée de chagrins domestiques, a fait un enfant quelle n'a pas allaité. Pendant sa grossesse, elle s'est aperçue de l'existence d'une tumeur située dans l'épaisseur de la glande mammaire droite, tumeur ovoïde, dure, mobile, indolente et de la grosseur d'un œuf de dinde. Six mois après ses couches, l'engorgement commence à devenir douloureux; on le traite par tous les moyens connus jusqu'alors, et, en définitive, on ne voit de ressources que dans l'ablation de la partie indurée : la malade s'y refuse et veut tenter la méthode homœopathique. Elle prend, le 19 avril 1833, *matricaria* 12°°. De ce jour, les douleurs lancinantes disparaissent comme par enchantement; la malade palpe impunément sa tumeur sans y éprouver la moindre sensibilité. (J'ai répété l'expérience sur plusieurs tumeurs cancéreuses du sein. L'usage de cette substance m'a offert les mêmes effets.)

25 du même mois. *Tinct. sulphuris* 30°.

10 mai. Légers retours de douleurs lancinantes, mais diminution sensible dans le volume de la tumeur.

25. Décroissance plus remarquable encore.

10 juin. *Conium maculatum* 30°.

14 juillet. La tumeur est réduite au volume d'une noisette; *phosphore* et *silice* ont achevé la cure.

AFFECTION SCROFULEUSE AVEC LUXATION SPONTANÉE COMMENÇANTE.

Obs. IX. Mademoiselle B., sept ans, blonde, peau fine et d'un blanc rosé, seule fille survivant à ses trois sœurs que des affections scrofuleuses ont enlevées, ressent elle-même les atteintes de cette affreuse maladie dont sa mère prévoit le terme funeste. L'allopathie a déjà tenté plusieurs moyens avec aussi peu de succès que pour les autres enfans de cette mère affligée.

Tableau de la maladie. Pâleur du visage, faiblesse, flaccidité des chairs. Plusieurs glandes sont engorgées au cou, sous le menton, sous le bras; fistule suppurante à la joue gauche; carie des os du métacarpe qui est déformé; claudication occasionée par un empâtement de la hanche droite, avec alongement du membre de ce côté. On consulte par écrit le docteur homœopathiste Mülhenbein de Brunswick, et le traitement est dirigé par nous.

2 mai 1833. On alterne d'abord *phosphor* et *graphithes*. En moins de quinze jours, changement remarquable.

1er juin. L'enfant marche sans boiter, son teint brunit, ses chairs s'affermissent. *Baryta*, *silicea* et *calcarea* ont complété la guérison.

—

Nous n'avons aucun doute sur l'exactitude du récit de ces faits; mais encore une fois, tant que les expériences des homœopathistes ne seront pas publiques, et par conséquent soumises au contrôle de chacun, il nous est impossible de les discuter, et nous ne croirons pas sur ces seules données à une doctrine qui ne tend pas à moins qu'à renverser de fond en comble l'édifice médical, auquel tant de mains habiles ont travaillé depuis des siècles.

A. T.

De la paralysie saturnine et de son traitement par la strychnine.

L'étude des maladies occasionées par les émanations du plomb est encore fort peu avancée. Le système nerveux est sans doute le plus fortement atteint par cet espèce d'empoisonnement miasmatique; mais quel genre d'altération éprouve-t-il? Il est impossible de le dire d'une manière exacte. Cependant l'on ne peut s'empêcher de remarquer que le trait le plus saillant de l'action du plomb est d'amortir la sensibilité des organes sur lesquels il porte et de tendre à la paralysie. Dans la colique de plomb les intestins deviennent d'abord paresseux, puis leur action péristallique s'arrête, une bile épaisse et noire s'amasse dans le canal intestinal, et il survient des douleurs abdominales, atroces, avec vomissement porracé. Il n'y a point de fièvre, et la compression, loin d'aggraver les souffrances du malade, est au contraire le seul moyen qu'il emploie pour se soulager. Cette colique ne ressemble à aucune autre, elle a un cachet spécial, et nous possédons, pour la combattre, un traitement qui peut être considéré comme spécifique, car il ne manque jamais son effet. Il consiste dans des vomitifs et des purgatifs drastiques administrés pendant six jours consécutifs et associés à quelques calmans le soir. Ce traitement, dit *de la Charité*, amène un soulagement instantané en éliminant la bile et les matières fécales qui obstruaient le canal digestif et contre

lesquelles sa force était impuissante, et les secousses violentes qu'il détermine excitent et raniment l'intestin dont la réaction était éteinte. Je ne puis m'empêcher de voir dans la suppression complète de la sécrétion des follicules muqueux de l'intestin et dans l'inertie de sa membrane musculeuse un degré de l'action paralysante du plomb, seulement ses effets ont lieu principalement dans ce cas sur le système nerveux ganglionnaire.

Mais le système nerveux de la vie de relation est souvent atteint par le plomb. Après avoir eu une ou plusieurs fois la colique ou même sans jamais l'avoir éprouvée, des peintres en bâtimens, des broyeurs de couleurs, des ouvriers des manufactures de blanc de céruse, s'aperçoivent d'une différence dans la force de leurs membres supérieurs ou inférieurs, et l'influx nerveux continuant à diminuer ils présentent des tremblemens et enfin une paralysie plus ou moins complète du sentiment et du mouvement.

La paralysie saturnine affecte plus fréquemment les membres supérieurs que les membres inférieurs, néanmoins, l'affection de ces derniers n'est pas rare. La paralysie affecte encore quelques muscles du tronc, comme les intercostaux, les pectoraux, le grand dorsal, enfin elle porte quelquefois son action sur les organes de la voix et amène l'aphonie et le bégaiement, ou bien sur les nerfs optiques et détermine l'amaurose.

Le traitement de cette grave affection méritait d'occuper les méditations des médecins. Aussi de nombreuses tentatives ont été faites pour en triompher. Les moyens les plus divers ont été employés long-temps sans grand succès. Enfin l'on a eu recours à l'électricité, à l'électro-puncture, aux bains sulfureux et dans ces derniers temps aux préparations de noix vomique et à la strychnine. Ce dernier moyen a été suivi de plus heureux résultats que les précédens. Ce médicament a été surtout employé avec suite, depuis dix-huit mois, sur un assez grand nombre de malades à l'hôpital de la Charité par M. Rayer. M. le docteur Tanquerel des Planches, qui a suivi ces essais, vient d'en faire le sujet d'un mémoire fort intéressant; sur douze observations qu'il mentionne il y a sept cas de guérison. Les malades présentaient tous des paralysies presque complètes des membres supérieurs, il s'y joignait chez quelques-uns des paralysies de quelques muscles du tronc et des membres inférieurs.

Voici les règles pratiques qui découlent des faits recueillis par M. Tanquerel.

La strychnine peut être administrée à l'intérieur ou introduits par la peau. Dans le premier cas on peut la faire prendre sous forme pilulaire ou bien en potion; cependant les pilules doivent être préférées à cause de l'insolubilité de cette substance et de la facilité plus grande de la doser; ses effets sont aussi plus prompts de cette manière. Chaque pilule peut être composée depuis un huitième de grain jusqu'à deux grains; on commence d'abord par de faibles doses, qu'on augmente graduellement chaque jour, jusqu'à ce qu'on arrive à l'effet désiré; alors on s'arrête pour éviter les accidens. Quelquefois la dose a pu être élevée jusqu'à un grain et demi à deux grains par jour, pour obtenir les secousses tétaniques. Arrivé là on diminue la dose de manière seulement à maintenir et continuer les commotions. Si quelque raison a fait interrompre l'usage du remède pendant plusieurs jours, il faut reprendre les faibles doses, et n'arriver encore que peu à peu aux doses plus fortes. Quand il s'agit de produire les effets lents de cette substance, un sixième de grain par jour est une quantité suffisante.

C'est ordinairement deux à trois heures après l'ingestion du médicament que son action commence. Selon que la dose est plus ou moins considérable, les muscles soumis à l'empire de la volonté sont saisis d'une contraction forte et permanente.

Les premières doses de strychnine que l'on donne déterminent des contractions spasmodiques presque en tout sens, et dans des points souvent fort éloignés des muscles paralysés. Bientôt, l'usage prolongé de la strychnine dirige et concentre les effets sur des parties plus rapprochées du siége de la paralysie; enfin, les parties paralysées deviennent le point le plus ordinaire où aboutissent les phénomènes excitans de l'alcali végétal; alors seulement la maladie marche rapidement vers la guérison.

Presque constamment les mâchoires sont le siége d'un engourdissement, d'une constriction très-incommode et souvent très-douloureuse. Une raideur, qui met obstacle à toute espèce de mouvement, survient aussi à la nuque et à la face postérieure de la partie supérieure du cou. Une céphalalgie plus ou moins vive occupe toute la circonférence de la tête, et se fait encore plus particulièrement sentir à sa partie supérieure. On a observé généralement que la strychnine a, sur un grand nombre d'autres médicamens internes, l'avantage de ne point altérer l'énergie de l'estomac, mais d'exciter, au contraire, l'appétit, et de faciliter la digestion.

On peut aussi introduire la strychnine par la peau. MM. Lembert et Rayer ont les premiers employé ce médicament par la méthode endermique, et leurs efforts ont presque constamment été couronnés de succès. De grandes précautions sont à prendre pour l'emploi de ce moyen, si on veut arriver à un bon résultat; voici ce que l'expérience apprend à sujet : il faut commencer par appliquer, sur la portion la plus charnue des parties paralysées, un vésicatoire saupoudré d'une grande quantité de cantharides. Le lendemain, on a soin d'enlever bien exactement l'épiderme et les fausses membranes, qui peuvent s'être formées; puis sur la surface vésicante bien dénudée, bien claire et bien nette, on laisse tomber depuis un quart de grain jusqu'à un ou deux grains de strychnine bien pulvérisée. On recouvre le vésicatoire avec du papier brouillard, enduit d'une très-légère couche de pommade épispastique. A chaque pansement, on a soin de nettoyer avec beaucoup d'attention la surface du vésicatoire, de manière à ce qu'aucune fausse membrane ne puisse s'opposer à l'action du médicament.

La strychnine, bien pulvérisée, stimule vivement les exutoires; elle provoque une abondante suppuration et de nombreuses fausses membranes, mollasses, jaunâtres, formées par une lymphe plastique et coagulable. Un vésicatoire, entretenu comme nous l'avons indiqué, peut durer de six à huit jours; l'action de l'alcali est en général plus forte dans les premières que dans les dernières applications; cela se conçoit sans peine. L'application de la strychnine sur un vésicatoire en bon état détermine immédiatement une sensation de brûlure fort douloureuse; une ou deux heures après, d'autres effets se manifestent. Alors arrivent des spasmes

légers, des tressaillemens, des mouvemens de projection et de rétraction des membres, des soubresauts, des contractions partielles involontaires, des commotions brusques et passagères, souvent précédées d'engourdissemens, de douleurs, d'élancemens, de picotemens et de mouvemens vermiculaires dans les membres où est placé le vésicatoire, et principalement sur les parties paralysées de ce membre.

De quelque manière que la strychnine ait été introduite dans l'économie, les mouvemens qu'elle produit sont plus ou moins durables; tantôt ils cessent au bout de quelques heures, tantôt ils subsistent encore le lendemain. L'on voit des paralytiques éprouver des effets de la strychnine, et surtout des secousses, quoique l'usage du remède soit suspendu depuis plusieurs jours. Lorsqu'on parvient à renouveler pendant un certain temps les phénomènes que nous venons d'indiquer, le malade s'aperçoit que la volonté reprend de l'empire sur les parties paralysées; la sensibilité et la chaleur augmentent en même temps que les mouvemens redeviennent moins pénibles, moins bornés, moins incertains. Mais ces heureux résultats se font quelquefois attendre long-temps. Si l'excitation est trop faible, ce traitement n'a pas de succès.

La médecine doit s'exercer avec avantage chez les malades attaqués de paralysie saturnine, paralysie dans laquelle le système nerveux n'a perdu que son activité, ou bien n'a subi qu'un ébranlement qui l'a frappé de stupeur. Ces paralytiques peuvent guérir par l'usage des stimulans : c'est donc ici que la strychnine agit de la manière la plus prompte et la plus heureuse. Si l'on considère combien est indirecte, lente et incertaine l'action des autres remèdes employés ou proposés contre la paralysie du plomb, on conviendra que la strychnine est incomparablement dans ces cas le plus énergique et le plus sûr de tous les agens thérapeutiques.

Nous ne pouvons mieux faire pour ajouter l'exemple au précepte, que de donner l'analyse de quelques-unes des observations recueillies dans les salles de M. Rayer, de la Charité.

Un charpentier, âgé de quarante-quatre ans, employé depuis trois ans dans une fabrique de blanc de céruse, où il servait quelquefois à emporter cette substance, entra le 25 janvier 1833, à l'hôpital de la Charité, salle saint Michel, n° 30, service de M. Rayer. Cet homme avait eu cinq coliques de plomb; toutes avaient été traitées et guéries à la Charité; la dernière datait de la fin de mai 1832. Un mois après avoir été guéri de cette colique, Gavel (c'est le nom du malade) éprouva des picotemens et des fourmillemens dans les pieds, des douleurs d'abord légères, puis plus vives avec engourdissement et pesanteur dans les membres supérieurs, il fut pris de vertiges, perdit la mémoire et son intelligence se troubla; cet état dura quinze jours. Alors ses membres supérieurs perdent de leur force, les poignets et les doigts se fléchissent et ne jouissent plus de la plénitude de leur mouvement d'extension; il bégaie et devient aphone : ces derniers symptômes allèrent en augmentant jusqu'au 10 janvier 1833, où en deux jours il perdit complétement l'usage de ses membres supérieurs qui devinrent le siége de douleurs extrêmement vives.

Tel était l'état du malade, lorsque M. Rayer commença le traitement : un vésicatoire fut placé sur la face palmaire de chaque avant-bras, et l'épiderme enlevé, on appliqua chaque jour sur la plaie *un quart de grain de strychnine en poudre*. Ce moyen continué pendant huit jours ne détermina que quelques mouvemens vermiculaires et de petits soubresauts; on n'obtint pas de meilleur résultat de deux autres vésicatoires mis sur la face dorsale des poignets.

On eut alors recours à la strychnine à l'intérieur, à la dose d'un quart de grain par jour en pilules; et des secousses vives des membres ne tardèrent pas à se montrer et continuèrent. Au bout de huit jours les douleurs avaient disparu. On porte la dose de la strychnine à deux tiers de grain par jour; les secousses continuent, et au bout de trois semaines tous les mouvemens de l'épaule sont presque entièrement revenus; deux nouveaux vésicatoires à la face dorsale des avant-bras, qu'on saupoudre d'un quart de grain de strychnine, sont joints au traitement et amènent une amélioration tellement notable que le 1er avril, c'est-à-dire deux mois après le commencement du traitement, le malade commence à manger, à boire et à s'habiller un peu tout seul, l'aphonie et le bégaiement marchent aussi vers leur guérison. La strychnine à l'intérieur est continuée à la dose d'un quart à deux tiers de grain, jusqu'au 28 mai, où le malade quitte l'hôpital, à-peu-près complétement guéri.

Le même avantage a été obtenu chez un homme de quarante-huit ans, ouvrier depuis vingt ans dans une fonderie de plomb, et qui, comme le précédent malade, présentait une paralysie générale des membres supérieurs, des muscles grand dorsal, pectoraux et sterno-cléido-mastoïdien gauche, avec aphonie et bégaiement. La durée du traitement a été d'environ six mois. Il a consisté dans les bains sulfureux, dans les vésicatoires saupoudrés de strychnine et dans l'administration de ce médicament à l'intérieur d'un quart à deux tiers de grain. Le malade entré à l'hôpital de la Charité, le 15 janvier 1833, en est sorti guéri au commencement de juillet suivant.

Il est inutile de rapporter un plus grand nombre de faits : les symptômes et le traitement ont été les mêmes, et le résultat analogue chez sept malades sur douze, dont les observations ont été recueillies.

J. B.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

Du diagnostic et des indications à remplir dans les cas douteux de polypes utérins.

L'on croit communément que le diagnostic des polypes fibreux de la matrice, qui ont déjà franchi le col de cet organe, est très-facile : l'on se trompe. Il y a des cas de ce genre, où la nature du mal est excessivement équivoque, même pour les praticiens les plus exercés. J'ai vu dans trois circonstances, des polypes utérins être pris pour un carcinome de l'utérus, et cela par des chirurgiens fort habiles. Je ne rapporterai ici que le plus remarquable de ces faits; il renferme, tout à la fois, et la manière d'éclairer le diagnostic, et les indications à remplir.

En 1829, M. Dupuytren présenta à sa clinique un polype

fibreux, du volume d'une grosse poire, qu'il venait d'exciser en ville. Ce professeur disséqua le polype en notre présence, et raconta de la manière suivante l'histoire de ce cas intéressant :

Une jeune dame se plaignait depuis long-temps de douleurs aux reins, de tiraillemens aux aines, d'hemorrhagies utérines, et d'un écoulement leucorrhéique abondant et continu. Elle dépérissait de jour en jour. Plusieurs accoucheurs célèbres, qui avaient visité la malade, s'étaient unanimement accordés à considérer son mal comme un carcinome de la matrice. Leur erreur provenait de trois sources : 1° de ce qu'à la place du col utérin, le doigt explorateur ne touchait qu'un corps mollasse et bosselé ; 2° de ce que la malade présentait cet aspect terreux et cachectique qui accompagne ordinairement les affections organiques de la matrice ; 3° enfin, de ce qu'il existait un écoulement abondant, sanieux et sanguinolent par les voies génitales. Mais, ainsi que l'a très-bien observé l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu, pour porter un diagnostic exact dans les cas de cette nature, et éviter une erreur qui peut quelquefois devenir funeste aux malades, il faut : 1° faire attention aux qualités inodores, ou bien âcres et fétides de la matière de l'écoulement ; 2° parcourir attentivement avec le doigt toute la circonférence de ce prétendu carcinome, et en remarquer les qualités physiques; 3° enfin, explorer la femme au spéculum. C'est ce que les chirurgiens en premier lieu appelés auprès de la malade n'avaient probablement pas fait.

Quoi qu'il en soit, M. le professeur Gardien fut consulté aussi. Cet accoucheur habile touche la malade ; il ne sent pas du tout la tumeur diagnostiquée par ses confrères. Il est probable qu'au moment de cette exploration le polype, ou le prétendu carcinome, se trouvait renversé dans la cavité utérine, ce qui avait empêché ce praticien de le sentir. M. Gardien, tout en déclarant qu'il ne sentait pas la tumeur en question, assura à la malade que son affection n'était point de nature cancéreuse. Il fonda principalement son jugement sur la qualité inodore de l'écoulement.

M. Dupuytren est enfin appelé à son tour. Ce chirurgien explore attentivement au doigt le col de l'utérus ; il y distingue un corps uni qui le franchit en partie ; il en parcourt le pourtour et reconnait que ce corps n'est que contigu seulement avec le bourrelet que forme le col utérin ; il porte son doigt le plus haut possible, et il s'assure que le volume de la tumeur va en diminuant. D'un autre côté, il examine la matière de l'écoulement, la flaire, et s'assure de sa qualité inodore. Ce chirurgien conclut à ces signes qu'il s'agit d'un polype fibreux de la matrice, qu'il faut enlever le plus tôt possible ; et le lendemain, il procède à l'opération en présence de M. Gardien. Il s'y prit de la manière suivante : un spéculum fut introduit dans le vagin ; à l'aide des pinces de Museux, on tira doucement la tumeur hors de la vulve, et on l'excisa d'un coup de ciseaux sur son pédicule. Repos, diète, petites saignées du bras ; la guérison radicale en peu de jours.

La dissection de ce polype montra que sa substance était fibreuse, d'une consistance analogue à celle du caoutchouc, mais disposée par couches et par lobules. M. Dupuytren pensa que ce corps fibreux aurait pu dégénérer en carcinome, s'il n'eût pas été enlevé. Je remarquerai enfin que la surface externe de ce polype était lisse, présentant par-ci par-là quelques taches rouges et rondes, du diamètre d'un liard, d'où se faisaient probablement les hémorrhagies dont nous avons parlé.

M. Hervez de Chégoin a sans doute rendu service à la science, lorsqu'il a publié ses savantes recherches sur la disposition anatomique des polypes fibreux de la matrice ; mais je crois que cet habile praticien s'est trop hâté de tirer des conclusions générales d'un petit nombre de faits, lorsqu'il établit pour règle *qu'il faut attendre que le polype soit spontanément descendu dans le vagin pour l'opérer*. Cette règle est basée sur deux motifs, savoir : 1° sur ce que tout polype qui n'a pas encore franchi le col de la matrice n'a pas de *pédicule* formé ; car c'est la filière, ou l'étranglement du col utérin sur la masse polypeuse qui forme le pédicule ; 2° sur ce que tout polype intra-utérin est ordinairement, d'après M. Hervez, enveloppé d'une couche plus ou moins mince de la substance propre de la matrice, couche qui est à la longue détruite par les progrès du développement de la tumeur et de sa filtration à travers le col utérin. Or, dit ce chirurgien, si vous liez le polype avant qu'il ait franchi le col, vous aurez à faire d'abord à une tumeur à large base ; ensuite, vous étranglerez dans la ligature la substance propre de la matrice ; de là des accidens graves, etc... M. Hervez a raison, quant à la *ligature*, pour laquelle il se déclare si grand partisan dans le traitement des polypes utérins ; mais je pense que la ligature est un mauvais moyen pour enlever les tumeurs en question ; aussi ne puis-je pas adopter les idées de ce praticien sur ce sujet, et voici mes raisons.

1° Pour attendre que le polype franchisse spontanément le col de la matrice avant de l'attaquer, il faudrait que cette temporisation ne fût pas préjudiciable à la malade. Or, j'ai vu qu'en suivant cette méthode, l'espèce d'*accouchement lent du polype* (ainsi que M. Hervez l'appelle) mettant quelquefois long-temps à se faire, les pertes en rouge et en blanc, qui ont lieu continuellement par les voies naturelles, finissent par épuiser complétement les forces des malades et les conduire au tombeau. A l'appui de ce que je viens d'avancer, je pourrais rapporter l'histoire d'une femme qui, dans le mois d'octobre 1833, a succombé à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 20, des suites d'un polype utérin qu'elle portait depuis dix-huit mois. Cette femme est morte épuisée par les pertes, et sans qu'aucune opération ait été tentée ;

2° L'expérience a démontré que, plus tôt on attaque un polype de la matrice *avec l'instrument tranchant*, plus tôt aussi on délivre la femme des souffrances qu'elle éprouve et des suites de la présence de la tumeur dans l'organe. Nous n'avons pas observé les dangers signalés par M. Hervez, en agissant sur le polype avant sa descente spontanée dans le vagin. Ces dangers se vérifient peut-être lorsqu'on se sert de la *ligature* pour les étrangler. Mais en n'employant que l'*excision* de la manière que nous allons indiquer, d'après M. Dupuytren, ces craintes portent à faux. Concluons donc en disant :

Que la méthode de temporiser jusqu'à la maturation des polypes, avant de les attaquer, est une méthode dangereuse ;

Que la méthode de l'*excision*, telle que M. Dupuytren la pratique, n'a pas besoin d'attendre que le col de la matrice soit dilaté au point de donner passage au polype. Le bistouri s'ouvre ce passage en fendant cruciialement le col de la matrice;

Qu'il suffit que l'orifice utérin soit dilaté au point de permettre l'introduction du doigt et constater la présence du polype pour agir. L'observation suivante, en appuyant les principes que nous venons d'émettre, nous indique en même temps la manière de les mettre en pratique.

En 1829, une blanchisseuse de l'île Saint-Louis, à Paris, âgée de quarante ans, d'une grande stature, entra à l'Hôtel-Dieu pour y être traitée d'un polype à la matrice. Souffrances atroces, langueur générale, écoulement en blanc et en rouge. Col de la matrice dilaté à un degré qui permet l'entrée du doigt seulement. On sent avec le doigt le polype renfermé et mobile dans la cavité utérine. A l'aide d'un spéculum et d'un bistouri boutonné (dont les trois quarts de la lame étaient enveloppés de linge, comme pour l'excision des amygdales), M. Dupuytren fendit *en quatre* le col de la matrice, en y pratiquant deux incisions, l'une d'avant en arrière, l'autre de droite à gauche, ayant chacune la longueur d'un demi-pouce environ. Petit écoulement de sang, dans la quantité d'une ou deux cuillerées à soupe. Repos jusqu'au lendemain, afin de donner le temps au polype de s'y engager et de dilater lui-même les incisions préliminaires. Le lendemain, le polype se trouvait en grande partie engagé dans l'ouverture du col. Spéculum, érignes de Museux; on tire le polype doucement hors de la vulve, on l'*excise*. Aucun écoulement de sang. Repos au lit. Pas le moindre accident. Le quatrième jour, la malade est sortie *guérie* de l'hôpital.

Qu'on compare maintenant ce résultat simple, prompt et facile obtenu par l'excision, à celui long, pénible et dangereux de la ligature.

J'ai souvent vu des accidens mortels arriver par suite de la ligature sur les polypes utérins; je n'ai jamais vu d'accidens par suite de l'excision.

Du traitement des hémorrhagies irritatives après les opérations sanglantes de la chirurgie.

Souvent il arrive qu'après la ligature exacte de tous les vaisseaux qui donnent du sang à la surface d'une plaie au moment de l'opération, quelques heures après le pansement, l'appareil se trouve percé d'une nouvelle quantité de sang, qui finit par couler en abondance, et effrayer justement les malades. Ce phénomène a été même observé quelquefois dans les cas où l'on avait pansé la plaie d'après la méthode de M. Dupuytren, savoir après avoir attendu une heure ou deux après l'opération, pour voir si quelque vaisseau donnerait du sang.

Deux causes peuvent donner naissance à l'accident en question: l'irritation mécanique que le contact de l'appareil produit sur les capillaires ouverts à la surface de la plaie; et une compression trop forte, produite par les bandes autour de la plaie, qui empêche le retour du sang veineux de la circonférence vers le centre. On appelle *irritatives* les hémorrhagies qui arrivent par effet de la première de ces causes.

Voici ce qui se passe dans la formation d'une hémorrhagie irritative. La charpie du pansement, irritant les bouches des capillaires artériels et veineux de la surface de la plaie, ceux-ci donnent du sang. Le sang s'interpose d'abord entre la surface de la peau et l'appareil, et fait lui-même, à son tour, l'office de corps étranger. Les extrémités capillaires se trouvent donc alors plongées dans une espèce de bain chaud et irritant qui en favorise singulièrement l'écoulement sanguin: il n'y aurait même pas de raison que tout le sang du corps ne s'échappât ainsi par les capillaires de la plaie dans un espace de temps donné, si l'art ne venait pas au secours de la nature. Les deux observations suivantes démontrent la conduite que le chirurgien doit tenir pour remédier à ces sortes d'hémorrhagies.

Obs. I. Dans le mois de septembre 1833, une jeune dame a été opérée en ville d'un cancer au sein. L'opération a été faite dans la matinée. Le soir, l'appareil paraît un peu traversé de sang: on n'y fait pas attention. Dans la nuit suivante, le sang a coulé avec une telle abondance, que la malade, effrayée, était prête à se trouver mal. M. Dupuytren, appelé en toute hâte, ne fit autre chose qu'*oter l'appareil et laver la surface de la plaie*. Le sang s'arrêta sur-le-champ, sans d'autre secours que l'éloignement de la cause irritante. L'on se contenta de couvrir la surface de la plaie avec un linge fin simplement posé dessus. Le lendemain la plaie fut repansée, et le sang ne reparut plus.

Obs. II. Une dame avait un petit polype implanté sur le museau de tanche; le pédicule étant mince, et n'offrant aucun battement artériel, M. Marjolin l'excisa. Du sang en suffisante quantité s'écoula dans le moment: on fit des injections d'eau froide, puis on tamponna, et le sang parut solidement arrêté. Dans la journée, le sang reparait, l'appareil en est percé, il coule abondamment: le vagin se trouve distendu comme par la tête d'un enfant. M. Marjolin lève l'appareil, nettoie, lave le vagin, et introduit un spéculum dans l'intention de cautériser l'endroit d'où le sang venait. A peine le spéculum est-il ouvert dans le vagin que le sang s'arrête entièrement sans autre secours que l'action de l'air dans l'intérieur du vagin et sur le col de la matrice.

Je pourrais rapporter d'autres faits qui prouvent que dans certains cas d'hémorrhagie capillaire après une amputation, il a suffi de ralentir les tours d'une bande qui serraient trop fortement le moignon, et qui gênaient le retour du sang veineux vers le cœur, pour arrêter immédiatement l'hémorrhagie. D.

—

CHIMIE ET PHARMACIE.

—

Nouveau procédé pour extraire la gélatine du lichen d'islande. — Observations sur la préparation du suc de groseilles.

Par M. PAGE, Pharmacien.

Plusieurs procédés ont été proposés pour la préparation de la gélatine de lichen.

Le premier, de M. Coldefy-d'Orly, serait très-simple, si, comme le dit avec raison M. Béral, il était d'une exécution facile, et si le produit pouvait être facilement pulvérisé.

Le deuxième, de M. Robinet, exige une chaleur longtemps prolongée, qui donne au produit un mauvais goût et une couleur brune. Ce procédé peut convenir pour le chocolat, mais non pas pour la gelée et les pastilles.

Le troisième, de M. Zier, modifié par M. Béral, a l'avantage d'éviter la chaleur, et de donner un beau produit. Mais aussi il a l'inconvénient d'être très-dispendieux.

Mon but, en me livrant à de nouvelles recherches, a été d'arriver au même résultat que MM. Zier et Béral sans employer l'alcool.

Voici le procédé que j'ai suivi :

Lichen d'Islande choisi, deux livres.

Faites bouillir, pendant cinq minutes dans s. q. d'eau, versez sur un tamis de crin, lavez à l'eau froide, exprimez à la main et faites bouillir dans seize livres d'eau pendant une heure. Versez sur un tamis et remuez avec une spatule, pour faire passer le plus possible de décoction. Soumettez ensuite le lichen à la presse, dans un seau percé de trous, dont l'intérieur aura été entouré d'un tissu à tamis de crin. On mettra d'abord une couche de paille et une couche de lichen, et successivement. Placez ensuite le tampon destiné à entrer dans le seau et exprimez. Remettez le lichen dans la bassine, faites encore bouillir demi-heure dans huit livres d'eau, et exprimez de la même manière que ci-dessus. Réunissez les deux décoctions : faites-les chauffer et passez à travers un tissu serré. Abandonnez la liqueur dans un endroit frais pendant deux ou trois heures selon la saison. La décoction étant prise en gelée, coupez-la par tranches à l'aide d'une écumoire, et placez-la sur des tamis de crin disposés sur des terrines. Retournez-la de temps en temps sans la briser. Après quatre à cinq heures, enfermez-la dans des sacs de coutil serré, et soumettez-la à la presse en ayant soin de séparer chaque sac avec une claie d'osier ou avec de la paille coupée. La gelée doit rester quatre à cinq heures à la presse ; on modérera la pression dans les premiers momens pour éviter de la faire passer à travers le coutil. Il restera dans les sacs une masse élastique contenant sept onces de gélatine sèche, et vingt-six onces d'eau. Si vous divisez à la main cette gélatine, et la faites sécher à l'étuve, vous aurez le produit de MM. Coldefy-d'Orly et Zier (1). Si au contraire vous y ajoutez quatre livres de sucre et la faites sécher à l'étuve, vous aurez le saccharolé de MM. Béral et Robinet qui s'emploie de la même manière et dans les mêmes proportions.

MM. Zier et Béral prétendent avoir obtenu, le premier, six onces, et le second, quatre onces de gélatine sèche par livre de lichen employé. Bien que je n'aie essayé que du lichen choisi et que mes moyens d'extraction soient supérieurs à ceux de ces messieurs, je n'ai jamais pu obtenir au-delà de trois onces et demi de gélatine sèche par livre. Ce qui me fait présumer que ces messieurs ont mal calculé, c'est que mon saccharolé, à poids égal, donne une gelée bien plus consistante que la leur.

La gelée préparée avec ces divers produits, se prend en masse au bout de dix à quinze minutes, mais elle a l'inconvénient de se détacher du vase qui la contient, de se resserrer et de laisser séparer un liquide sirupeux au milieu duquel elle surnage, ce qui lui donne un aspect désagréable et qui déplaît aux malades. On obvie à cet inconvénient en ajoutant quatre grains de colle de poisson par once de saccharolé. Cette petite quantité d'ichthyocolle a encore l'avantage de rendre la gelée plus transparente.

Sur la préparation du suc de groseilles.

Toutes les gelées végétales peuvent être séparées de leur suc par le même procédé. C'est en voulant l'appliquer aux sucs de groseilles et de framboises que j'avais trouvé celui de M. Piel-Desruisseaux, que je ne connaissais pas. J'allais publier mon travail quand un de mes anciens élèves me fit voir que j'avais été dévancé. C'est donc à M. Piel-Desruisseaux qu'appartient l'honneur de la découverte (2). Cependant, comme beaucoup de nos confrères ne la connaissent pas encore, ou lui préfèrent des procédés tout-à-fait mauvais, je crois devoir profiter de l'analogie qu'il a avec mon travail pour le rappeler, et faire connaître les modifications que j'y ai apportées.

C'est une erreur de croire qu'il est indispensable d'ajouter des cerises aux groseilles et aux framboises, pour pouvoir en extraire le suc, et pour que le sirop se conserve mieux. Les cerises ne font qu'augmenter la quantité et donner au suc un goût plus agréable. Plusieurs confrères m'ont assuré aussi qu'un distillateur de Paris, qui jouit d'une juste réputation pour la préparation du suc de groseilles, employait un moyen chimique pour séparer la gelée, ce qui est encore une erreur. Quel moyen chimique serait plus prompt que celui qui permet de préparer trois cents litres de suc et une journée ?

Voici la formule et les moyens que j'emploie pour avoir un suc agréable et d'une belle couleur.

Groseilles rouges.	200 liv.,
Cerises de Montmorency.	40 liv.,
Framboises.	20 liv.

Mêlez.

---

(1) La gelée ainsi desséchée ne peut être pulvérisée et ne se dissout qu'en partie.

(2) *Journal de Pharmacie*, année 1826.

Écrasez ces fruits sur un fort tamis de crin, et aussitôt que vous aurez obtenu quinze livres de suc, descendez-le à la cave. Continuez ainsi en ayant soin de diviser le suc par terrines de quinze livres, jusqu'à ce que tout le fruit soit exprimé. Soumettez le marc à la presse dans un seau percé de trous, en prenant les mêmes précautions que pour la décoction de lichen. Quand le marc sera exprimé, vous descendrez le suc qui en proviendra à la cave, comme le précédent. Toutes ces opérations doivent être faites avec la plus grande promptitude, quand on opère sur de grandes quantités, pour éviter un commencement de fermentation. Il faut aussi éviter tous les ustensiles de métal. Au bout de dix heures, le suc sera pris en gelée, et on pourra l'extraire. On montera les terrines les unes après les autres; on divisera la gelée par tranches, à l'aide d'une écumoire, et on la placera sur des tamis disposés sur d'autres terrines. On la retournera de temps en temps, en ayant soin de ne pas la briser. Le suc se sépare de lui-même de la gelée. Quand elle sera bien égouttée, on l'exprimera de la même manière que le marc.

Le suc, ainsi obtenu, est d'une transparence parfaite, d'un goût très-agréable et d'une belle couleur. Cependant, comme il pourrait avoir entraîné quelques portions de gelée, il convient de le passer à la chausse, opération qui dure à peu près un quart d'heure pour cette quantité. A mesure que le suc passe, on peut en faire du sirop, ou mieux encore l'enfermer dans de fortes bouteilles d'un litre, dans des bouteilles ayant servi au vin de Champagne ou à l'eau de Seltz artificielle; on les bouche; on les ficelle, et on les fait bouillir à la manière ordinaire, droites ou couchées, de manière à en faire tenir le plus possible dans la bassine. Quand l'eau sera refroidie, on retirera les bouteilles, qu'on laissera à l'air jusqu'à ce que les bouchons soient assez secs pour être goudronnés.

Avant de goudronner les bouteilles, je suis dans l'usage de les déficeler, parce qu'il arrive souvent qu'une bouteille mal bouchée, laissant pénétrer l'air dans son intérieur, le suc fermente, et non-seulement cette bouteille est cassée et perdue, mais encore elle fait casser toutes celles qui l'avoisinent, quand elle est placée au milieu d'une pile.

Il résulte de ce qui précède que la fermentation, pour préparer le suc de groseilles, est non-seulement inutile, mais encore nuisible en ce qu'elle contribue à donner un suc de mauvaise qualité, et beaucoup plus acide que ne doit l'être le suc de groseilles. Elle rend, d'ailleurs, cette opération interminable. Par ce procédé, au contraire, deux femmes et un homme peuvent en préparer trois cents litres en un jour.

La dose de fruits ci-dessus m'a donné cette année quatre-vingt-trois litres de suc. En choisissant des bouteilles qui avaient déjà servi, je n'en ai perdu, par l'ébullition, que quatre pour cent.

Les opinions sont partagées sur les avantages qu'il peut y avoir à préparer le sirop sur-le-champ, ou à conserver le suc pour ne le préparer que par dix bouteilles. Je n'hésite pas à émettre le dernier précepte, car, outre qu'il est difficile de calculer la quantité de sirop que l'on consommera dans une année, il arrive souvent qu'il cristallise, qu'il fermente ou se prend en masse: phénomène qui doit être attribué à l'action des acides végétaux et minéraux sur certains sucres, et non à la manière dont le suc a été préparé; car les sirops d'acide citrique, d'acide tartrique, et ceux dans lesquels on fait entrer un acide minéral, éprouvent le même accident.

Ce procédé seul mérite d'être employé par les pharmaciens, car j'ai la certitude qu'il ne le cède en rien à celui de Noël Lasserre, et que le produit est au moins d'aussi bonne qualité, s'il n'est supérieur.

On prépare de la même manière et avec autant de facilité le suc de groseilles simple, de cerises, de framboises, de sureau, d'hièble et de cassis. Je présume qu'on pourrait l'appliquer à d'autres fruits, tels que grenades, nerprun et fraises; mais je ne lai pas encore essayé. PAGE.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

—

Étonnantes vertus homœopathiques de la mie de pain, expériences faites à l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez désiré mettre vos lecteurs au courant de ce qui a été fait à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Récamier, sous les auspices de M. Trousseau, dans le but de présenter la contre-partie des expériences homœopathiques qui ont été tentées dans quelques hôpitaux de Paris et de la province. Les résultats, quelque incroyables qu'ils puissent être, vous seront communiqués avec exactitude. La bonne foi qui a présidé à nos recherches trouvera, je l'espère, dans l'exposé des faits une suffisante garantie; mais leur véracité serait au besoin attestée par les nombreux élèves qui suivent la visite et assistent aux leçons cliniques des professeurs qui ont bien voulu présider à ces expérimentations, et les diriger. Sachant toute l'importance de semblables recherches, toute la méfiance, toute l'incrédulité qu'elles ne peuvent manquer d'éveiller, nous avons cherché à les environner de toutes les garanties désirables.

Nous avons présidé nous mêmes à l'acquisition des élémens constitutifs des pilules qui ont servi à nos expériences: *c'était de la farine de pur froment.* Le premier élève de la maison de droguerie de M. Descamp, pharmacien, rue des Lombards, a bien voulu se charger, sachant bien le but que nous nous proposions, de la composition de ces pilules, en *ajoutant un peu de gomme arabique à la farine* que nous lui avons remise.

Pour éviter l'influence qu'une indiscrétion aurait pu avoir sur la docilité des malades, nous avons tenu la composition de nos pilules secrète, et ces mêmes pilules ont été mises dans deux boîtes différentes. Sur l'une, nous avons mis l'étiquette suivante: *Pilules avec un décilionième de grain de valériane.* La suscription de l'autre boîte annonçait que le même médicament y était à la dose de *deux décilionièmes de grain.*

Après avoir donné à notre mie de pain la couleur homœopathique, au moyen de mots sacramentels d'Hahnemann, nous nous sommes mis à l'œuvre, évitant d'éveiller l'attention des malades, cherchant même à les convaincre, en prenant nous-mêmes une pilule devant eux, qu'ils pouvaient s'en servir sans crainte et sans danger. Ne leur traçant pas, par un examen adroit de la maladie, ainsi que les habiles parmi les homœopathes ne manquent pas de le faire, le plan d'observations qu'ils auront à passer en revue; cherchant, en un mot, à isoler les faits de toute complication, qui eût pu rendre les résultats moins concluans et moins positifs.

Les malades auxquels on a donné nos pilules sont encore en petit nombre; mais le croira-t-on, ils ont présenté des phénomènes si remarquables, qu'ils offrent, sous ce seul point de vue, un intérêt inconstestable.

La première malade soumise à cette innocente expérimentation était une jeune fille qui, à la suite d'un rhume qui durait depuis trois semaines, éprouvait une extinction de voix qui datait de six semaines lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu. Ses règles étaient sur le point de se terminer, et elles n'avaient apporté, contre l'attente générale, aucune modification à l'aphonie. (Régime lacté, *deux pilules.*) Après la première pilule, mal de cœur avec bouillonnement, douleur épigastrique, anxiété précordiale, douleurs vagues dans le côté, les seins; le tout se termine par un accès fébrile complet et une diurèse abondante. *Deuxième pilule* : mêmes phénomènes, plus un hoquet convulsif qui dure une heure environ; sommeil de deux heures. A son réveil, la malade est tout étonnée d'appeler sa voisine avec une voix rauque et dure. Depuis, la voix a été en s'éclaircissant, et le lendemain, à la visite, elle avait presque recouvré son timbre normal; elle est sortie au bout de quelques jours parfaitement guérie.

La deuxième malade était atteinte d'une dyspnée que l'auscultation ni la percussion ne permettaient, point de rattacher immédiatement à une maladie organique des viscères du thorax; sa rémittence, sa mutation avec des douleurs vagues, donnaient lieu de croire à une affection purement nerveuse, ou tout au plus rhumatismale. (Régime lacté, *trois pilules* à prendre dans les vingt-quatre heures.) *Première pilule* à neuf heures: sentiment d'ardeur à l'estomac, anxiété précordiale, suivie de chaleur à la peau avec prurit, excitation générale qui cesse après que la malade a rendu quelques crachats presque entièrement composés de sang pur et rutilant, franchement hémoptoïques. De la sueur survient, puis une abondante excrétion d'urine. *Deuxième pilule* à deux heures: mêmes phénomènes, mais plus prononcés, sans excepter l'hémoptysie, qui, ainsi que la première fois, se déclare après l'ingestion de la pilule. *Troisième pilule* prise à cinq heures: mêmes résultats, la diurèse fut encore plus prononcée; la nuit, contre son habitude, la malade se relève pour satisfaire au besoin d'uriner. Le lendemain avant la visite, contre l'ordonnance, *quatrième pilule*, qui amène en notre présence les phénomènes observés la veille par la malade; la chaleur fébrile est intense, le prurit de la peau est insupportable. Craignant de nuire à la malade en poursuivant sur elle ce mode d'expérimentation, on cesse toute médication. (Régime lacté seul.) La malade se retrouve dans son état habituel, sauf la courbature occasionée par la vive émotion de la veille. Deux jours après, on lui prescrit de nouveau *deux pilules*, coupées en deux parties égales, à prendre dans les vingt-quatre heures. La *première demi-pilule* détermine, comme les trois autres fractions qui furent prises à quelques heures de distance, de la chaleur et de l'excitation stomacale qui se propagent bientôt à toute l'économie. Céphalalgie, légère diaphorèse suivie d'un sommeil paisible; l'excrétion des urines, comparée à celle des deux jours précédens, est sensiblement augmentée d'un tiers au moins, au dire de la malade, bien que le régime, la température et l'état hygrométrique de l'air n'aient pas changé.

On cesse et l'on reprend ainsi plusieurs fois les pilules, qui provoquent constamment une excitation générale, dont le point de départ semble toujours être l'estomac. La diaphorèse et l'excrétion des urines suivies d'un prurit de la peau, ont été les symptômes les moins variables. Bien que les congestions vers la poitrine, traduites par de la gêne momentanée de la respiration, se soient souvent représentées, néanmoins l'hémoptysie ne reparut plus.

L'état général de la malade ne paraissant pas s'améliorer sous l'influence de ce traitement, on cessa les pilules pour ne plus les reprendre, et on la soumit de nouveau aux ressources de la médecine ordinaire.

Une troisième malade était atteinte de gastralgie, de pleurodynie et de douleurs vagues; c'était une jeune fille mal réglée, souffrant constamment du côté du sein et de l'abdomen depuis une forte contusion à la tête, qui fut suivie d'ictère, ainsi que de vomissemens purulens, au dire de la malade. Les digestions étaient encore difficiles; il n'y avait pas de fièvre. *Deux Pilules*, régime lacté: *première pilule*, effet nul; *deuxième pilule*, id. Deuxième jour: *deux pilules*, même résultat. On cesse les pilules aux effets desquelles la malade semble tout aussi réfractaire que nous-mêmes.

Notre quatrième malade est encore une jeune fille de dix-sept ans, non encore réglée. Elle se plaint de douleurs stomacales depuis quinze jours; cette gastralgie s'accompagne de battemens du tronc cœliaque et de pesanteur pendant la digestion. Il n'y a point de fièvre, mais une assez forte céphalalgie (Régime lacté, *deux pilules.*) Après l'ingestion de chaque pilule, les douleurs d'estomac sont sensiblement accrues pendant un quart d'heure environ; il y a des nausées, mais pas de vomissemens; puis, le tout retombe dans son état naturel, à l'exception des douleurs qui sont moins vives, et de la digestion qui se fait mieux. Dans le courant de la journée, la malade urine trois fois de plus que d'habitude. Le lendemain, elle se plaint de l'accroissement de la céphalalgie. Il n'y a eu ni accès fébrile, ni prurit.

On cesse les pilules, et les douleurs d'estomac reparaissent aussi fortes, bien que le régime lacté soit maintenu. Le jour suivant, on lui donne *une pilule* qu'elle prend à deux heures. Accroissement des douleurs, fréquentes envies de vomir. L'appétit est augmenté, la digestion plus facile; insomnie inaccoutumée, fortes coliques, pas de diurèse. *Deux pilules:* mêmes phénomènes; le soulagement de l'estomac va en s'augmentant. Les jours suivans, on suspendit et l'on reprit le même traitement, qui enfin, employé pendant huit jours avec persévérance, fit tout-à-fait dispa-

raître les douleurs d'estomac, sans toutefois supprimer la céphalalgie. D'autres malades sont encore présentement soumis à la même médication; mais les observations n'étant pas terminées, nous croyons inutile d'en parler ici.

— *De nihilo nihil*, dit un axiome qui paraît incontestable; nous devons cependant supposer à de pareils résultats une cause que nous voudrions bien ne pas placer dans nos *innocentes pilules*; mais ici, privés d'influence morale, d'agent physique actif, force nous est d'avouer notre ignorance ou de nous inscrire en faux contre l'axiome précédent. Quoi qu'il en soit, nous ne devons pas passer sous silence *l'action tout homœopathique des pilules de mie de pain qui peuvent assurément marcher de pair avec les médicamens les plus héroïques de la pharmacopée d'Hahnemann!*

Nous nous abstenons de développer les conséquences que nous tirons de ces expérimentations relativement à la médecine qui procède par décillionième de grain. Il y aurait de l'inhumanité, nous en sommes incapables!

Quant à la réaction de ces résultats thérapeutiques sur la thérapeutique en général, ils sont, à mon sens, nuls. La diversité des effets observés, leur inconstance, leur mode d'action uniforme par excitation, et jamais par influence immédiate, prouvent évidemment que l'action des *pilules inertes* est tout-à-fait aveugle. Que conclure, sinon que l'homœopathie ne parviendra pas, comme on le veut, à établir la médecine sur de nouvelles bases, et qu'elle ne dépouillera jamais de son antique autorité l'art de guérir appuyé sur l'expérience thérapeutique des siècles!

PIGEAUX, D. M. P.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

FÉVRIER 1834.

NOTE

Sur l'acide méconique; Par M. Robiquet.

Dans le mémoire sur les principaux produits de l'opium, que j'ai produit en 1832, j'ai dit, en traitant de l'analyse des acides méconiques, que l'acide hydraté était composé de

41,199 carbone. 4,436 hydrogène. 54,365 oxigène.	d'où on pourrait déduire les formules $C_7 H_9 = C_7 H_7 O_6 + H_2 O$

et que l'acide anhydre était formé de

45,276 carbone. 3,651 hydrogène. 51,073 oxigène.	d'où $C_7 H_7 O_6$.

Peu de temps après cette publication, M. J. Liébig, à qui j'avais eu occasion d'envoyer des échantillons de ces nouveaux produits, me fit l'honneur de m'écrire pour me prévenir qu'en adoptant, comme il l'avait reconnu nécessaire à son appareil pour l'analyse élémentaire la petite pompe de Gay-Lussac, il avait obtenu, au moyen d'une dessiccation plus exacte des résultats qui différaient un peu des miens en raison de cette moindre humidité; ainsi l'acide hydraté lui avait donné

42,112 carbone. 2,015 hydrogène. 55,873 oxigène.	où $C_7 H_4 O_7$.

tandis que l'acide anhydre lui avait fourni

46,45 carbone. 2,61 hydrogène. 50,94 oxigène.	où $C_6 H_4 O_5$.

C'est-à-dire que ces deux acides, au lieu d'être isomères l'un de l'autre comme je l'avais supposé, ne diffèrent entre eux que par un atome d'acide carbonique.

J'ai répété ces analyses en prenant la précaution indiquée par M. Liébig, et j'ai en effet obtenu des résultats qui se rapprochaient infiniment des siens. Mais les matières organiques offrent de si étranges variations, qu'on ne saurait apporter trop de réserve avant de se prononcer d'une manière définitive, et j'aurais bien désiré revenir encore sur ces recherches; mais une maladie grave m'a forcé d'interrompre toute espèce de travail, et je me proposais de faire connaître l'importante observation de M. Liébig, lorsque j'ai appris que lui-même venait de l'insérer dans un journal allemand.

Depuis la publication de son mémoire, je ne me sers, pour l'extraction de la morphine, que du procédé de MM. Grégory et Robertson; mais, par une singularité assez remarquable, je n'ai pas obtenu depuis un an la moindre portion de méconate de chaux. Je ne recueille par suite de la double décomposition à l'aide du muriate calcaire, que du sulfate de chaux. Ce fait vient étayer l'opinion dès long-temps émise par M. Dupuy, pharmacien, qui prétend que la morphine est à l'état de sulfate et non de meconate dans l'opium; ce qu'il y a de certain c'est que ce jeune chimiste a obtenu, à diverses reprises, du sulfate de morphine en abandonnant long-temps à elles-mêmes des dissolutions concentrées d'opium. Mais comme d'un autre côté j'ai souvent obtenu, ainsi que beaucoup d'autres chimistes, du méconate de chaux mélangé de sulfate dans le traitement par le muriate calcaire, il devient assez probable que certains opiums contiennent la morphine à l'état de sulfate et d'autres à l'état de méconate, ou peut-être, et c'est ce que je croirais le plus volontiers, que cet extrait contient tout à la fois du sulfate et du méconate de morphine en rapport variable.

Manquant ainsi de matière première, je n'ai pu préparer de l'acide méconique, et me livrer à de nouvelles recherches ; mais en attendant que des circonstances plus favorables me permettent de donner suite à mon premier travail, je vais faire connaître quelques résultats remarquables dont je n'ai point encore fait mention.

On se rappelle que l'acide méconique hydraté jouit de la propriété bien singulière de donner naissance à de l'acide carbonique par la simple réaction de l'eau bouillante, et même avant ce dégré. Il résulte aussi de mes premières expériences, que ce même acide, quoique bien desséché, produit également beaucoup d'acide carbonique quand on le chauffe dans une cornue pour obtenir l'acide pyro-méconique. L'opinion de M. Liébig vint me rappeler ces résultats, et me faire concevoir la possibilité de transformer par le seul secours de la chaleur l'acide méconique hydraté en cet autre acide auquel j'avais donné le nom d'acide para-méconique. Je fis donc dessécher dans une étuve chauffée à 120°, une certaine quantité d'acide hydraté, et, après avoir bien constaté qu'il ne subissait plus aucun déchet, j'en pris 10 gr. que j'introduisis dans une cornue en verre, et je disposai mon appareil de manière à pouvoir chauffer graduellement l'acide dans un bain-marie de mercure, et recueillir exactement tous les produits, et enfin de constater à chaque instant la température, et la rendre stationnaire ou progressive.

Voici ce que j'observai dans le cours de l'opération.

Je me suis servi, pour faire ces expériences, d'un petit appareil très-simple et assez commode, il se compose d'un creuset ordinaire auquel je pratique une ouverture de quelques lignes de largeur, depuis son orifice jusqu'au tiers environ de sa hauteur, d'une cornue en verre et d'un couvercle en tôle. La cornue est maintenue dans le creuset au moyen d'une plaque de fer courbée et percée d'un trou dans son centre pour donner passage au col de la cornue. Cette plaque est maintenue au moyen d'une petite traverse en fer qui s'appuie d'un côté sur la plaque, et de l'autre sur la paroi opposée du creuset. Cette tringle assujettit en même temps la cornue, parce qu'elle s'appuie sur sa voûte. On garnit la plaque intérieurement et extérieurement d'un lit d'argile qu'on laisse sécher ; on remplit de mercure de manière à ce que le dôme de la cornue en soit couvert, puis on adapte le couvercle en tôle ; ce couvercle est muni d'un tube en fer placé horizontalement, qui sert à conduire les vapeurs mercurielles dans un matras tubulé, et d'une douille verticale destinée à recevoir un thermomètre gravé sur verre. Cette appareil est placé à l'aide d'un triangle en fer sur un petit fourneau muni de ses deux portes ; le fourneau est lui-même posé sur une capsule plate en terre, afin de pouvoir recueillir le mercure en cas d'accident. On chauffe très-graduellement, et quand on veut rendre la température stationnaire, on adapte la porte inférieure du fourneau.

J'emploie aussi pour des températures moins élevées un autre appareil plus simple encore ; c'est un petit matras tubulé à col court, auquel j'adapte une éprouvette droite ou courbe, suivant la substance que je veux expérimenter, et je remplis au 4/5 le matras, soit avec de l'eau, soit avec une solution de muriate de chaux, soit avec de l'huile ; un thermomètre ordinaire est fixé dans la tubulure, au moyen d'un bouchon qui porte latéralement plusieurs échancrures dans toute sa longueur, afin de laisser échapper les vapeurs. Tout cela est supporté par une main en bois, et le matras est chauffé par un quinquet.

Je profiterai de l'occasion pour faire connaître plus généralement l'appareil dont je me sers depuis plusieurs années, et dont il a déjà été fait mention dans le mémoire que j'ai publié conjointement avec M. Boutron, sur l'huile d'amandes amères. Cet appareil est d'un emploi très-avantageux pour les traitemens successifs des matières organiques par les différens véhicules. Il ne se compose que de deux pièces essentielles : d'une carafe ordinaire et d'une allonge très-étroite, bouchée à l'émeri, la douille de l'allonge et celle de la carafe doivent être usées à l'émeri pour pouvoir boucher exactement. On introduit par la plus large ouverture de l'allonge un flocon de coton, et, en aspirant par l'extrémité opposé, le coton vient obstruer suffisamment l'intérieur de la douille ; on place pardessus la matière à traiter jusqu'à deux pouces environ de l'ouverture supérieure. On verse le menstrue qu'on veut employer, puis on bouche, et on tient ainsi tout l'appareil fermé, tant qu'on veut que la macération se prolonge. Ensuite on soulève l'allonge et on place dans le goulot de la carafe une petite lanière de papier épais. On permet ainsi le déplacement de l'air et la filtration du liquide. Lorsqu'on veut agir à une température plus élevée que celle de l'atmosphère, on enveloppe l'allonge avec un manchon en fer-blanc ou en cuivre, et on y verse de l'eau plus ou moins chaude, ou que l'on chauffe à l'aide d'un courant de vapeurs.

Lorsque le bain-marie eut atteint 120° centigrades, il se dégagea encore un peu d'humidité qui fut accompagnée de quelques bulles de gaz acide carbonique, puis le dégagement cessa, et on profita de cette interruption pour sécher de nouveau tous les tubes, puis on éleva graduellement la chaleur jusqu'à 170° le dégagement était alors à peine sensible ; mais on voyait beaucoup d'eau ruisseler dans les tubes ; à 200° les bulles devinrent plus fréquentes ; à 220° elles se succédaient sans interruption, et ce gaz était toujours complétement absorbable par une solution de potasse. Tout à coup le dégagement s'arrêta ; cependant la chaleur fut soutenue et on le monta jusqu'à 230° sans qu'il se manifestât de nouveaux phénomènes ; arrivé à ce terme on laissa refroidir pour pouvoir apprécier l'altération éprouvée par l'acide méconique dans cette période de sa décomposition.

Le résidu n'est pas sensiblement charbonné, sa couleur était le gris cendré ; on y distinguait à l'œil nu une foule de petites paillettes cristallines ; traité par l'eau à 80°, il en fallut une très-grande quantité pour le dissoudre, on n'en dégageait par l'ébullition aucune portion d'acide carbonique, et il fut par cela même bien démontré qu'on n'avait plus affaire à l'acide primitif. Cette dissolution étant filtrée laissa déposer par

le refroidissement une grande quantité de poudre cristalline légèrement jaunâtre qui présenta tous les caractères de l'ancien acide paraméconique.

Ces faits sont sans doute bien concordans avec les résultats obtenus par M. Liebig, car il paraîtrait plausible d'attribuer l'eau fournie pendant cette réaction à une cause accidentelle; ainsi on pourrait dire que la chaleur étant plus vive en certains points qu'en d'autres, il y a eu quelques portions d'acide qui ont subi un autre genre de décomposition; mais si on rapproche cette observation de celle déjà faite relativement à la seule réaction de l'eau bouillante sur l'acide méconique, réaction dans laquelle il se produit non-seulement de l'acide carbonique; mais encore une matière colorante très-intense, il deviendra assez probable que cette transformation ne dérive pas uniquement d'une simple formation d'acide carbonique. Tel était le motif qui me faisait vivement désirer de pouvoir répéter cette expérience avant de prendre aucun parti à cet égard; mais, ayant appris que M. Liebig venait de publier ses expériences, j'ai cru devoir faire connaître immédiatement mes observations.

Extrait d'une lettre de M. William Grégory *à* M. Robiquet, *relative à une nouvelle préparation de morphine.*

Je viens d'examiner le muriate de morphine préparé d'après notre procédé, par M. Duncan. Ce sel est d'une blancheur éclatante et ne retient pas la moindre trace de narcotine. J'ai opéré sur 2 kilogrammes en suivant votre procédé pour la codéine, et de cette quantité j'ai retiré 2 onces de codéine hydratée, parfaitement soluble dans l'éther et dans l'eau. Je lui ai trouvé toutes les propriétés que vous avez si bien développées dans votre dernier travail. Ayant ainsi à ma disposition une quantité considérable de cette substance nouvelle, j'ai cru devoir faire quelques expériences sur ses propriétés thérapeutiques. J'ai donc préparé du nitrate cristalisé que j'ai pris moi-même et que j'ai fait prendre à plusieurs de mes élèves qui ont bien voulu en essayer les effets; personne n'a rien ressenti d'une dose de 3 grains et au-dessous, mais une dose plus forte de 4 à 6 grains a produit des symptômes assez remarquables : d'abord, accélération du pouls, chaleur dans la tête et dans la face; ensuite excitation remarquable de l'esprit analogue à celle que produisent les liqueurs enivrantes; excitation agréable et qui dure assez long-temps. Elle est accompagnée d'une démangeaison des plus marquées qui commence à la tête et qui se répand sur tout le corps. Après quelques heures cet état est suivi d'une dépression désagréable, avec nausées et quelquefois vomissemens. Aucun de nous n'a observé la moindre tendance au sommeil, excepté après l'état de dépression. Nous n'avons pas poussé plus loin la dose, mais il paraît que la codéine possède un effet stimulant et produit une forte démangeaison à la dose de 5 grains. Telle est la marche ordinaire des symptômes qu'elle determine, mais chez plusieurs individus ses effets, surtout dans l'état de dépression, ont été fort désagréables.

D'après ces expériences, il n'est pas probable, comme vous l'avez soupçonné, que la présence de la codéine soit la cause de la supériorité du muriate de morphine ordinaire. Comme ce dernier sel agit à la dose de 1/4 de grain et ne contient que le 1/30 de son poids de codéine, dont il faut au moins 3 ou 4 grains pour agir, on ne peut pas en attribuer les qualités à la codéine. Reste à savoir si le muriate dépouillé de codéine est moins stimulant pour cela, et s'il ne cause pas les démangeaisons que j'ai vu assez souvent produites par le muriate non purifié, et même aussi par l'opium, dans un bon nombre de cas; c'est un point que je me propose d'examiner prochainement.

Si vous croyez que ces remarques puissent intéresser la Société de pharmacie, ayez la bonté de les lui communiquer. Peut-être quelques-uns de mes confrères seront-ils curieux de répéter ces expériences avec la codéine que vous avez préparé. Je dois ajouter que dans deux ou trois cas la codéine a produit un léger effet purgatif, tandis que dans d'autres elle a paru indifférente sous ce rapport.

—

J'avais dit aussi que la morphine était loin de représenter les propriétés essentielles de l'opium, et que la codéine viendrait peut-être en offrir le complément; les observations de M. William Grégory confirment en grande partie mes prévisions. Mais il est à remarquer que cet habile chimiste n'a employé la codéine qu'à l'état de nitrate, et qu'il résulte des expériences de M. Kunkel, que la codéine perd beaucoup de son action sur les organes lorsqu'elle est combinée aux acides. Il est donc à présumer qu'en employant ce nouvel alcaloïde en simple solution aqueuse, on obtiendra des effets beaucoup plus marqués que ceux observés par M. Grégory. Robiquet.

Sur plusieurs principes alcaloïdes, tirés de la famille des solanées par divers chimistes d'Allemagne. (Annales de pharmacie, 1833.)

La société de Pharmacie de Paris a, comme on le sait, mis au concours, pour l'année 1834, la question des principes alcaloïdes, tirés de la famille des solanées : il est donc essentiel d'appeler en ce moment l'attention sur les travaux publiées en Allemagne, et qui jettent un jour nouveau sur ce sujet important.

Nous passerons en revue dans cet article l'*atropine*, l'*hyoscyamine*, la *daturine*, la *solanine*. Nous remettrons à un prochain numéro l'examen de la *colchicine*, et de l'*aconitine*, autres alcalis organiques fournis par des familles différentes de celle des solanées, et qui viennent aussi d'être obtenus par des chimistes allemands.

Atropine.

M. Brandes avait déjà cru avoir extrait cet alcali organique de l'atropa belladonna, mais ses travaux ne s'étaient pas confirmés, et l'existence de l'atropine était encore problématique, lorsque parurent en Allemagne les travaux de MM. Geiger et Hesse d'une part, et ceux de M. Mein, pharmacien à Neustadt-Gôders de l'autre. Les deux premiers chimistes ont retiré cet alcali de l'extrait préparé avec les tiges et les feuilles de la belladone. Le dernier l'a extrait de la racine; et c'est à M. Mein, que, de l'aveu même de M. Geiger, appartient l'honneur de l'avoir obtenu le premier à l'état de pureté. C'est aussi son procédé que nous ferons connaître comme étant le plus simple.

On prend environ 24 parties de racines sèches de belladone provenant des plantes âgées de deux ou trois ans bien nourries, pesantes, et présentant à la cassure un faible éclat résineux; on les réduit en poudre extrêmement fine, et on les met en digestion avec 60 parties d'alcool de 86 à 90 pour cent : on prolonge le contact pendant plusieurs jours : alors, on exprime fortement, et on traite de nouveau le résidu par une égale quantité d'alcool. Les teintures réunis et filtrées sont mêlées avec une partie d'hydrate de chaux pulvérulent, et le mélange est agité souvent pendant vingt-quatre heures. Après avoir séparé par le filtre la liqueur du dépôt abondant qui s'est formé, on y ajoute de l'acide sulfurique étendu goutte à goutte, jusqu'à ce qu'il y ait un léger excès de ce dernier. Le sulfate de chaux, qui se précipite, oblige de filtrer encore une fois. Alors, la liqueur alcoolique est mise dans une cornue, la distillation est poussée jusqu'à moitié ou même un peu plus : on ajoute, au résidu de la cornue, 6 à 8 parties d'eau pure, et on fait chauffer la liqueur à un feu très-doux dans une capsule à évaporation, jusqu'à ce que tout l'alcool soit dégagé. Le liquide restant est filtré, s'il est nécessaire, rapproché avec précaution jusqu'au tiers. Alors, après le refroidissement, on y ajoute par gouttes, et en remuant légèrement, une solution concentrée de carbonate de potasse dans l'eau, jusqu'à ce que la liqueur ne se trouble plus, et on laisse le mélange en repos pendant quelques heures. Cette dernière addition a pour but de précipiter une résine jaunâtre qui, dissoute dans de l'alcool, lui donne un aspect irisé, et qui met un grand obstacle à la cristallisation de l'atropine. Si la liqueur, qui contient du sulfate d'atropine, est suffisamment rapprochée, ou n'est pas trop pauvre en atropine, elle se prend ordinairement en masse gélatineuse, au bout de quelque temps de repos, après l'addition de la solution de carbonate de potasse. On décante les eaux-mères avec précaution, ou bien on les sépare à l'aide du filtre, et on y ajoute de nouveau de la solution de carbonate de potasse, jusqu'à ce qu'elles ne se troublent plus.

Le mélange, qui ne tarde pas à se prendre, abandonné à lui-même pendant douze à vingt-quatre heures, offre souvent à sa surface où dans la masse des points blancs étoilés d'atropine cristallisée. Par l'agitation, les molécules de la masse gélatineuse se rapprochent beaucoup, et abandonnent une grande quantité d'eaux-mères que l'on en sépare autant que possible au moyen de filtres, et de la compression entre de feuilles de papier brouillard.

Comme l'atropine, récemment précipitée, encore humide et impure, perd beaucoup par le lavage à l'eau on la fait préalablement sécher, puis on en forme une pâte avec de l'eau : on enlève promptement l'eau du lavage par la compression entre des feuilles de papier, et on fait de nouveau sécher le résidu. On dissout cette atropine, encore impure, dans cinq fois son poids d'alcool; on filtre la dissolution, on ajoute à celle-ci six à huit fois son volume d'eau pure. La liqueur devient laiteuse par cette addition, on prend bientôt cette aspect par l'évaporation de l'alcool en excès; au bout de douze à vingt-quatre heures, on trouve l'atropine déposée en cristaux groupés et de couleur jaune claire; après l'avoir lavée avec quelques gouttes d'eau, on la met sur du papier brouillard et on la fait sécher.

Les cristaux obtenus sont de nouveau traités comme l'a été l'atropine impure, et donnent un alcaloïde presque blanc et cristallisé régulièrement. Douze onces de racine de belladone n'ont fourni à M. Mein qu'environ 20 grains d'atropine pure.

L'atropine, rétirée de parties différentes de la même plante par deux procédés différens a offert à M. Mein, et à MM. Geiger et Hesse, des propriétés identiques à quelques légères différences près; ces différences tiennent sans doute au plus ou moins grand état de pureté; voici les principales propriétés de ce nouvel alcali :

L'atropine pure est blanche, cristalisable, en prismes transparens, à éclat soyeux, groupés. Elle est inodore, soluble dans l'alcool absolu et dans l'éther sulfurique : ces deux liquides en dissolvent plus à chaud qu'à froid. L'eau, à la température ordinaire, n'en dissout qu'une petite quantité 1/500, suivant MM. Geiger et Hesse; et cette solution, qui a paru très-légèrement amère à M. Mein, a été trouvée d'une amertume très-désagréable par les deux autres observateurs. La solubilité augmente par la chaleur; la solution aqueuse d'atropine bleuit le papier de tournesol rougi par les acides; lors même qu'elle est très-étendue, elle dilate très-promptement la pupille de l'œil humain, et cette dilatation persiste.

L'atropine ne se volatilise pas à la température de l'eau bouillante, mais, exposée entre deux petits verres de montre à une température plus élevée, elle fond d'abord, puis se transforme en vapeurs qui ramènent au bleu le papier de tournesol rougi et humecté, et qui viennent, en se condensant, recouvrir d'une couche vernissée les parois du verre supérieur que l'on a soin de tenir froid; du reste cette couche se comporte comme l'atropine non altérée. Chauffée à la flamme dans une cuillère, l'atropine fond promptement, répand des vapeurs empyreumatiques, brunit et s'enflamme, elle brûle avec une flamme d'un jaune clair peu fuligineuse, et ne laisse pas de cendre.

Le chlore l'altère fort peu, elle paraît former avec les acides des composés salins définis; le sulfate et l'acétate semblent pouvoir être obtenus plus facilement à l'état cristallin que l'hydrochlorate ou le nitrate.

La potasse pure la précipite avec une couleur blanche de ses dissolutions salines ; il en est de même de l'ammoniaque caustique. La solution aqueuse de l'atropine donne un précipité blanc abondant, par l'addition de l'infusion aqueuse de noix de galle. Elle précipite en jaune citron par l'hydrochlorate d'or, et en isabelle par la solution de platine.

La manière dont se comporte cet alcali avec l'hydrochlorate d'or légèrement acide, semble caratéristique. Le précipité jaune citron prend en effet, au bout de quelque temps de repos, une structure cristalline, et paraît représenter une double combinaison saline de l'atropine avec l'hydrochlorate d'or. Cette observation a été faite et par M. Mein et par MM. Geiger et Hesse.

L'acide sulfurique concentré, les acides nitrique et hydrochlorique, dissolvent les cristaux d'atropine sans dégagement de gaz : ces dissolutions sont incolores. Par l'action de la chaleur ; l'acide sulfurique brunit légèrement; l'acide nitrique prend une teinte jaune claire, et l'acide hydrochlorique ne se colore pas, au moins dans les essais en petit.

Chauffée avec de la potasse hydratée, l'atropine laisse dégager d'abondantes vapeurs ammoniacales.

MM. Geiger et Hesse viennent de signaler une autre propriété remarquable de l'atropine : c'est la facile altération qu'elle éprouve avec le temps dans son simple contact avec l'eau à l'air et à la température ordinaire. Elle perd sa propriété de cristalliser, les cristaux déjà formés disparaissent, la liqueur prend une légère teinte jaunâtre, et par l'évaporation on obtient un résidu *incristallisable*, soluble en toute proportion dans l'eau ; cette atropine altérée contracte une odeur narcotique nauséabonde. Du reste l'altération est peu considérable : l'alcali est aussi vénéneux qu'auparavant, et si on le combine avec un acide, et que l'on traite la dissolution par du charbon de sang, les alcalis en précipitent la majeure partie sous forme solide, et cette atropine est de nouveau susceptible de cristalliser.

D'après la dernière analyse de M. Liébig, l'atropine est composée de :

34	atomes de	carbone,
23		d'hydrogène,
6		d'oxigène,
1		d'azote,

Hyoscyamine.

Son existence dans *l'hyoscyamus niger*, n'avait pas non plus jusqu'alors été démontrée d'une manière évidente, et c'est à MM. Geiger et Hesse que nous devons le procédé pour sa préparation et l'étude de ses propriétés. L'extraction en est un peu difficile en raison de son assez grande solubilité dans l'eau, ou plutôt de sa prompte altérabilité dans son contact avec l'eau et les alcalis libres ; l'altération qu'elle subit alors la rend soluble en toutes proportions dans l'eau, et produit même une décomposition plus avancée. C'est des semences qu'on extrait le plus facilement cet alcali : on les traite par de l'alcool avec ou sous addition d'acide, ou bien aussi par de l'eau chaude ; on fait évaporer les liqueurs à une chaleur très-douce : on les décolore en les traitant à plusieurs reprises par de la chaux et de l'acide sulfurique, et les filtrant : on les rapproche par l'évaporation et on y ajoute un excès de carbonate de soude pulvérisé : on prive aussi promptement que possible le précipité de l'alcali fixe, en soumettant à la presse et traitant par l'alcool absolu : on reprend en même temps les eaux-mères par de l'éther ; on réunit les liqueurs alcooliques et éthérées : on y ajoute de nouveau de la chaux : on filtre, on traite le liquide filtré par du charbon de sang, on retire la majeure departie de l'alcool et de l'éther, et enfin on fait évaporer à une *très-douce* chaleur en ajoutant un peu d'eau. Si l'hoscyamine n'est pas encore incolore, il faut la combiner une nouvelle fois à un acide et la traiter comme il a été indiqué. Le produit est souvent très-faible.

L'hyoscyamine très-pure cristallise lentement en aiguilles incolores transparentes, à éclat soyeux, groupées, ou disposées en étoiles; ces cristaux sont inodores, peu solubles dans l'eau, plus solubles toutefois que ceux d'atropine. La saveur de l'hyocyamine est âcre, désagréable, semblable à celle du tabac, et son action est également très-vénéneuse comme celle de l'atropine. La moindre quantité portée sur l'œil détermine aussi une dilatation de la pupille qui dure très-long-temps. A l'état anhydre elle n'est pas alcaline, (non plus que tous autres alcalis organiques au même état) ; mais l'addition de l'eau y fait naître aussitôt une alcalinité fortement prononcée qui persiste. Distillée avec précaution, l'hyoscyamine se volatilise, et semble alors ne subir qu'une légère altération : au moins elle est aussi vénéneuse et aussi alcaline qu'auparavant. Toutefois il est facile d'en décomposer une partie dans cette opération et il se dégage dès vapeurs ammoniacales. Lorsqu'on la chauffe avec de l'eau, il s'en volatilise également une petite partie ; car le liquide distillé est légèrement alcalin, et dilate la pupille; mais la majeure partie ne se volatilise pas. Chauffée avec des alcalis fixes hydratées, elle est complétement décomposée comme l'atropine, en donnant lieu à un dégagement d'ammoniaque. Cette propriété établit une différence essentielle entre ces alcalis et la nicotine, qui, soumise à l'action de la chaleur avec des alcalis fixes hydratés, n'est pas décomposée (au moins en partie) mais se volatilise avec les vapeurs d'eau, et peut ainsi être obtenu par la distillation comme la atropine, ce qui n'est pas possible avec les premiers alcalis. La solution aqueuse d'hyoscyamine est épaissie par l'addition de la teinture d'iode, et prend alors la couleur du kermès. Tous les alcalis organiques examinés jusqu'à ce jour offrent cette propriété particulière. Le précipité est blanc, abondant avec la teinture de noix de galle, blanc jaunâtre avec la dissolution d'or, nul avec celle de platine. Les sels d'hyoscyamine sont neutres ; ils cristallisent facilement en partie, et sont aussi vénéneux que l'hyoscyamine pure ; leur solution aqueuse se porte avec les réactifs indiqués comme celle de l'alcali lui-même. L'hyoscyamine est très-soluble dans l'alcool ainsi que dans l'éther.

Daturine.

MM. Geiger et Hesse sont encore les premiers qui ont réellement extrait de la daturine du *datura stramonium* et fait connaître ses caractères. Ce sont aussi les semences qui la cèdent le plus facilement ; le procédé d'extraction et le même que pour l'hyoscyamine ; il est plus facile parce que la daturine a plus de tendance à prendre la forme solide ; mais les semences réduites en poudre doivent être constamment traitées par l'alcool chaud ; autrement elles retiennent la majere partie de la daturine. Cet alcali cristallise facilement ; il se dépose de sa solution hydro-alcoolique sous forme de prismes bien nets, incolores, très-brillans et groupés ; il est inodore, sa saveur est d'abord légèrement amère, puis elle devient très-âcre, semblable à celle du tabac ; il est très-vénéneux. 1/8 de grains suffit pour tuer un moineau dans l'espace de trois heures. Porté sur l'œil, il détermine aussi une dilatation très-forte et persistante de la pupille. Cette dilation dure en partie huit jours et même davantage.

Il est digne de remarque que MM. Geiger et Hesse n'aient reconnu cette propriété si prononcée de dilater les pupilles, que dans les trois alcalis organiques de la famille des solanées dont nous venons de parler. La solanine, celle au moins qui a été préparée par M. Otto et dont il sera question ci-après, ne la dilate pas, et la nicotine opère au contraire son rétrécissement.

La daturine en combinaison avec l'eau offre aussi une alcalinité très-marquée. Lorsqu'on la chauffe avec précaution elle se volatilise également en partie sans altération sous forme de nuages blancs ; mais plus facilement encore qu'avec l'hyoscyamine, une partie se détruit en donnant lieu à des phénomènes semblables. Chauffée avec de l'eau, elle ne se volatilise pas : lorsqu'on la soumet à l'action d'une chaleur soutenue avec des alcalis fixes hydratés, elle se décompose aussi en dégageant des vapeurs ammoniacales. Elle est peu soluble dans l'eau. Elle en exige 280 parties environ à la température ordinaire, et 72 à la chaleur de l'ébullition : la solution se trouble par le refroidissement sans que la daturine cristallise : toutefois elle ne s'altère pas aussi facilement par son contact avec l'eau que l'atropine et l'hyoscyamine. Par l'évaporation de la solution aqueuse, on n'obtient pas d'abord de cristaux ; mais si on humecte avec de l'eau la masse non cristalline, ou bien qu'on abandonne la solution elle-même à l'évaporation spontanée, il se forme au bout de quelques temps des cristaux de daturine. La solution aqueuse de cet alcali se comporte avec les réactifs comme celle de l'hyoscyamine ; il est aussi très-soluble dans l'alcool ; il l'est un peu moins dans l'éther. Les sels de daturine donnent en partie de très-beaux cristaux, et sont en général inaltérables à l'air et aisément solubles. Leur action est très-vénéneuse. Leur solution aqueuse se comporte avec les réactifs comme celle de la daturine pure. Les alcalis inorganiques en précipitent cet alcali sous forme de flocons blancs, lorsque la liqueur n'est pas trop étendue.

Solanine.

La solanine, déjà trouvée par différens chimistes français dans le *solanum nigrum*, dans le *solanum dulcamara*, dans le *solanum mammosum* et dans le *solanum verbascifolium*, vient d'être extraite des germes de pomme-de-terre par M. Jul. Otto de Brunswick, qui n'avait pu la découvrir dans la pomme-de-terre elle-même (1).

Il a obtenu cet alcali en traitant les germes par de l'eau aiguisée d'acide sulfurique, séparant les acides sulfurique et phosphorique, et la matière extractive par l'acétate de plomb, saturant par du lait de chaux la liqueur presque décolorée, faisant bouillir le précipité obtenu avec l'alcool de 80 pour 100, et purifiant le produit par plusieurs dissolutions dans l'alcool. Les essais entrepris par M. Otto sur deux lapins, pour éprouver l'action de la solanine sur l'économie animale, lui ont appris qu'elle doit prendre place parmi les poisons narcotiques âcres. Un seul grain de sulfate de solanine a fait périr l'un des deux lapins en six heures. L'autre plus fort a succombé au bout de neuf heures, après en avoir pris 3 grains. L'action paralysante qu'elle exerce sur les extrémités postérieures des animaux est très-marquée. Il suffit même de nourrir les bêtes à corne avec des lavures provenant de pommes-de-terre germées pour produire cette espèce de paralysie ; il n'y a donc pas de doute que les germes de pommes-de-terre ne doivent leurs propriétés nuisible à la solanine.

Cette substance, telle que M. Otto l'a obtenue, est blanche, pulvérulente, à éclat nacré ; sans action sur le papier de curcuma, elle ramène cependant au bleu le papier de tournesol rougi par les acides. Si on la traite par la potasse caustique, elle donne à peine lieu à des vapeurs ammoniacales. Mais, par la distillation sèche de l'hydrochlorate de solanine, on obtient un liquide huileux, qui, traité par de l'hydrate de chaux, produit du gaz ammoniac suffisamment caractérisé par l'odeur et le nuage auquel donne lieu l'acide hydrochlorique.

Bien que le caractère d'un alcaloïde soit moins marqué dans la solanine que dans la strychnine, la quinine, etc., la manière dont elle se comporte avec les acides ne permet pas de douter qu'elle n'appartienne à cette classe de corps. Elle se dissout facilement dans les acides, et est précipitée de ces dissolutions par des bases plus énergiques. La plupart des sels prennent, par la dessication, l'aspect d'une masse semblable à de la gomme. Le sulfate seul s'effleurit en forme de choux-fleurs.

La solanine de M. Otto a été analysée par M. Blanchet, préalablement privée de son eau de cristallisation, qui en forme à peu près le dixième, elle lui a donné sur 100 parties :

---

(1) M. Baup avait également trouvé la solanine dans les germes de la pomme-de-terre.

	I.	II.
Carbone.	61.86	62.11
Hydrogène.	8,87	8,92
Azote.	1,64	1,64
Oxigène.	27,63	27,33
	100,00	100,00

Et en atomes :

42 carbone.	32,088	=	62,66
68 hydrogène.	4,236	=	8,27
1 azote.	0,884	=	1,72
14 oxigène.	14,000	=	27,34
	51,208		99,99

Ne serait-il pas à propos de comparer les propriétés et la composition élémentaire des diverses solanines obtenues par plusieurs chimistes, pour pouvoir admettre ou rejeter leur identité. A.-G. V

Remarque sur la digitale, *par* Watson J. Welding.

(Extrait d'une thèse inaugurale.)

La digitale, sans être indigène aux États-Unis, y est cultivée à la fois pour ses vertus médicinales et pour sa beauté : cette plante communique ses propriétés particulières à l'alcool froid ou chaud, et à l'eau bouillante. Sa décoction ou son infusion rougissent le papier bleu, sont précipitées en noir par les sels de fer, en blanc jaunâtre par le nitrate d'argent, en brun verdâtre par le sulfate de cuivre, en jaune par le sous-acétate de plomb, en vert brunâtre par la chaux. Les acides nitrique, hydrochlorique et sulfurique y produisent aussi des précipités.

L'alcool ajouté à la décoction, lui donne une consistance presque gélatineuse, sans doute à cause du mucilage qu'elle contient.

En distillant la digitale avec de l'eau, on obtient une très-petite quantité d'une huile volatile (1 grain par once de la plante), à peine plus colorée que l'eau et presque de la même densité. A mesure que la vapeur d'eau se condense, elle dépose sur les parois du vase une substance blanche floconneuse, mais en quantité trop petite pour pouvoir être recueillie. Cette matière possède à un haut degré l'odeur particulière aux feuilles, et se volatilise dans l'espace de trois ou quatre heures, par son exposition à l'air. Il s'en dépose une autre portion également blanche sous forme concrète à la surface de l'eau, à laquelle elle communique une saveur particulière douceâtre et légèrement aromatique, mais toujours en si petite proportion, qu'on ne peut parvenir à la séparer du filtre.

Une partie de feuilles produit un quart de son poids d'extrait aqueux et un quarantième d'extrait alcoolique. Le premier est d'un brun rougeâtre et de consistance pilulaire; l'autre est onctueux au toucher, nauséeux et légèrement amer au goût, noirâtre lorsqu'il est vu en masse, mais d'un beau vert lorsqu'il est en lames minces; il est essentiellement composé de matières grasse unie à la chlorophylle.

En agissant sur la plante, d'abord par l'alcool, puis par l'eau, on obtient un tiers d'extrait alcoolique et un tiers de deuxième d'extrait aqueux. Le premier, vu en masse, est d'une couleur verdâtre tirant sur le noir, d'une consistance pilulaire et d'une saveur amère et nauséeuse. Le second est d'une couleur brune légèrement rougeâtre, d'une saveur douceâtre, mucilagineuse, mais il laisse un arrière-goût désagréable dans la bouche.

Si l'on fait digérer les feuilles dans l'alcool, et si, après avoir évaporé la teinture jusqu'à siccité, on fait bouillir le produit dans l'eau distillée avec un peu de magnésie pure, pendant un temps assez long pour décolorer la liqueur; en lavant le précipité, le desséchant, le traitant par l'alcool bouillant et évaporant la solution, on obtient une masse brune, semi-transparente, d'un goût très-amer et désagréable, ayant une réaction alcaline au papier bleu rougi par un acide.

En faisant digérer ce nouveau produit dans l'alcool, évaporant à siccité, faisant bouillir dans l'eau distillée avec du protoxide de plomb pour neutraliser l'acide qu'il retient, filtrant, desséchant de nouveau, traitant le résidu par l'éther à une chaleur modérée, et évaporant, on obtient une substance d'une couleur brune légèrement verte, qui reste molle et adhérente lorsqu'on la laisse exposée à l'air. L'odeur de ce produit est faible, son goût extrêmement amer et persistant, ses propriétés alcalines. Ce corps peut neutraliser la plupart des acides, mais il est incristalisable, soit seul, soit combiné.

M. Welding conclut de l'ensemble de ses expériences, qui ne sont exposées ici qu'en abrégé, que les feuilles de digitale sont composées : 1° d'acide gallique; 2° de mucilage; 3° d'une matière colorante rouge-brune, soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool ou l'éther; 4° de chlorophylle; 5° d'une matière sucrée; 6° d'une trace de fécule; 7° d'une huile volatile; 8° d'une matière concrète floconneuse; 9° de gluten; 10° d'une matière grasse; 11° d'une matière extractive; 12° de ligneux ou de fibre végétale; 13° d'un principe particulier soluble dans l'alcool et l'éther. (*Jouru. of the Philad.* Colleg. of pharm., july 1833.) P. B.

Sur l'apocynum cannabinum, *par* John H. Griscom.

(extrait.)

Soumise à l'analyse chimique, la racine de cette plante a fourni les élémens suivans : 1° du tannin; 2° un acide, probablement l'acide gallique; 3° de la gomme; 4° de la résine; 5° de la cire; 6° de la fécule; 7° un principe amer ou apocyne; 8° une matière colorante; 9° de la fibre végétale; 10° enfin une proportion de caoutchouc probablement très-considérable dans la plante fraiche.

L'eau réussit mieux que l'alcool à enlever à la ra-

cine les parties colorantes et amères; car la teinture alcoolique est moins amère et moins foncée que l'infusion aqueuse. L'eau froide se charge même de la plus grande proportion des principes actifs. L'écorce est la partie qui en contient de beaucoup la plus forte proportion.

Pour extraire le principe actif, M. Griscom épuise la racine par l'eau distillée en répétant les macérations. L'extrait qui en résulte, et qui forme du cinquième au sixième de la racine, est traité à son tour par l'alcool à plusieurs reprises. La teinture, après avoir bouilli avec un peu de magnésie calcinée, est filtrée et évaporée à siccité. Il en résulte une masse d'un brun rougeâtre, cassante, déliquescente, nauséeuse, très-amère. M. Griscom la considère comme le principe amer coloré, mais presque pure, parce que sa solution n'est altérée que par le sous-acétate de plomb et le nitrate d'argent, et seulement au bout de douze heures.

Cette plante, prise à l'intérieur, agit d'une manière prononcée comme émétique, comme purgative, comme sudorifique et comme diurétique. Les trois premiers effets se succèdent, le dernier est plus variable. (*Americ. Journ. of med. sciences*, may 1833.)

P. B.

Sur la daturine, par Samuel Simes.

(Extrait d'une thèse inaugurale.)

Le procédé indiqué par M. Brandes pour préparer la daturine ne permet pas de l'obtenir en cristaux réguliers, sans doute parce que la matière colorante qui la souille s'y oppose. Après divers essais, M. Simes s'est arrêté au mode suivant :

Il prend une livre de poudre fine de semences de stramonium, et la fait bouillir pendant une heure dans trois pintes d'alcool faible ; à la liqueur filtrée encore chaude, il ajoute quatre gros de magnésie, puis agite de temps en temps le mélange pendant vingt-quatre heures. Le précipité recueilli est placé pendant quelques minutes dans douze onces d'alcool fort bouillant, que l'on filtre et que l'on traite par le charbon animal, de manière à obtenir une nouvelle liqueur transparente et presque sans couleur ; une très-petite quantité de cette liqueur cause des nausées et de maux de tête. Réduite à moitié, et abandonnée jusqu'au lendemain, elle laisse déposer au fond du vase évaporatoire d'innombrables petits globules d'huile, et sur les côtés une foule de petits cristaux blancs. L'évaporation continuant spontanément, un plus grand nombre de cristaux se déposent successivement, et l'on trouve, au fond de la terrine, de l'huile et une matière résineuse.

La daturine, d'après Brandes, existe dans les semences à l'état de malate : l'alcool s'empare du sel, la magnésie précipite la base en saturant l'acide et formant un sel soluble. Le précipité formé de l'excès de magnésie, de daturine et de matière colorante, cède à l'alcool les deux derniers principes. Le charbon s'empare de la matière colorante, et la daturine, beaucoup plus soluble dans l'alcool à chaud qu'à froid, se dépose par le refroidissement.

On réussit mal à extraire la daturine au moyen de l'eau et des acides, car la coagulation de l'albumine rend la liqueur si épaisse qu'il est presque impossible de la filtrer.

Pour se débarasser de la grande quantité d'huile fixe contenue dans les semences, M. Simes traita les graines par l'éther ; mais il trouva la daturine soluble elle-même dans cet agent, du moins dans l'état d'association où elle se trouve dans la graine.

La daturine est une substance cristalline, blanche, semi-transparente, dont la saveur est légèrement amère et âcre. Ses cristaux affectent la forme d'un prisme quadrangulaire allongé, et ressemblent à ceux du sel d'Epsom. La daturine est insoluble dans l'eau, l'alcool froid et l'éther, un peu soluble dans l'eau bouillante, et très-soluble dans l'alcool bouillant. Les acides concentrés ont peu d'action sur elle, à l'exception de l'acide sulfurique qui la carbonise. La daturine se combine aux acides et forme des sels blancs soluble et cristalisables. Le sulfate cristallise en aiguilles, le muriate en groupes rayonnés de petits cristaux linéaires, le nitrate en cristaux aciculaires, les tartrate en petits grains.

Les principes immédiats contenus dans les semences de stramonium sont, d'après M. Simes : 1°. un sel à base végétale, découvert par M. Brandes; 2°. une huile fixe insoluble dans l'eau et l'alcool froid, soluble dans l'alcool bouillant et dans l'éther ; 3°. une matière resineuse rouge, soluble dans l'alcool et l'éther ; 4° une matière colorante verte, presque insoluble dans l'eau, l'alcool froid et l'huile bouillante, plus soluble dans l'éther et très-soluble dans l'eau et l'alcool bouillant; 5°. une matière colorante jaune rougeâtre soluble dans l'eau, l'alcool et l'huile bouillante ; 6°. de la gomme ; 7°. de l'albumine.

La daturine est bien, comme Brandes l'a annoncé, le principe actif du stramonium ; quatre grains de son muriate ont donné en quelques heures la mort à un petit chat, après des nausées et des contractions dans les muscles des pates et du cou.

Promnitz a trouvé les feuilles de stramonium composées de gomme, d'extractif, de fécule, d'albumine, de résine et de divers sels. Le reste de la plante contient, outre ces principes, une forte proportion de ligneux. Selon Thompson, le carbonate d'ammoniaque est un de ses élémens.

M. Simes a cherché à découvrir la daturine dans les feuilles, mais sans succès. Il obtint bien un précipité cristallin; mais en si petite quantité, qu'il ne put déterminer ses propriétés.

L'analyse et l'expérience s'accordent donc à prouver que les semences de stramonium sont la partie la plus active de la plante. Les semences produisent 1/13 d'un extrait noir et amer, douceâtre et nauséeux tout à la fois; son odeur est herbacée et fortement narcotique.

Les chirurgiens américains préfèrent les cataplasmes de stramonium à ceux de belladone pour dilater la

pupille, avant d'entreprendre l'opération de la cataracte.

(*Journ. of the Philadel. College of pharmacy*, july 1833.) P. B.

Extrait d'un mémoire (1) *de* M. Guiseppe Alessi, *sur la véritable origine du succin;* par A. Chereau.

L'origine du succcin a long-temps occupé les naturalistes, et tous ceux qu'un zèle infatigable porte à surprendre les secrets de la nature, à fixer la source réelle de ses produits, les plus intéressans et les moins dévoilés. Cependant, Klaproth et Wolf, et particulièrement Ferrara (2), dans ses recherches sur l'ambre sicilien, confessent (comme le dit M. Alessi, l'auteur du mémoire), qu'à la honte des progrès que nous avons faits dans la science de la nature, nous sommes encore loin de savoir, d'une manière positive, comment se forme le succin.

M. Alessi revendique aujourd'hui cette découverte, dans le mémoire dont il a fait hommage à l'Académie de Catane.

L'auteur, après avoir rappelé les opinions poétiques et fabuleuses des anciens, mais aussi le sentiment de Pline qui n'a rien perdu de sa valeur, entre comme il suit en matière.

« Au centre de la Sicile se trouve l'antique cité d'Enna » en Castro-Giovani (3), avec ses vastes et fertiles » plaines qui en forment le centre, et non loin de là, » entre le levant et le couchant, l'ancien fief de Fico. » Là s'élève une haute colline flanquée de coteaux à sa » partie déclive à l'opposé de laquelle d'autres collines se dessinent en amphithéâtre. Les parties basses » sont sablonneuses; mais, lorsqu'on a fait quelques » pas en gravissant la colline, on voit que l'argile s'y » trouve mêlée à des substances calcaires, au sable et » à du terreau végétal. On rencontre à sa superficie et » à quelque profondeur, accumulés sans ordre, des » morceaux d'albâtre, de chaux sulfatée, d'ardoise, » avec des pyrites de fer, d'argile ferrugineuse, quelques-uns de lave vitreuse, obsidienne, et parfois aussi » des fragmens d'ambre. L'argile schisteuse s'y montre » aussi mais à plus de profondeur, et à moins de quatre » cents pas de la colline coule un bras de la Moselle, » rivière qui, prenant de plus haut sa source, va » grossir les eaux du fleuve Salso, ou *Himera méridionale*, d'où l'on reconnaît évidemment que cette » superficie s'est formée à la suite d'une des révolutions les plus récentes de notre île. »

Dans un de ces bas sablonneux de la colline que nous venons de décrire, est un blanc de roche aréneuse qui n'est pas très-compacte, où l'hydrochlorate de soude en quantité les recouvre d'une abondante efflorescence, et au-dessous de cette masse coule un ruisseau qui s'imprègne de sel de soude et de soufre. La couleur de ses lacs est blanchâtre, l'odeur en est désagréable et la saveur salée.

« C'est là pousuit l'auteur, que d'après ces indices, » mon frère Antonino crut avoir découvert une mine » de sel et de soufre; il fit entr'ouvrir cette masse, et » pénétrant avec hardiesse dans les anfractuosités de » la montagne, à vingt pieds horizontaux, et sur » plus de quatre cents pieds perpendiculaires, il » trouva entre de l'argile mêlée à du soufre et quelques morceaux de fer sulfuré une sorte d'*arbre minéralisé*, les pionniers rompirent en passant outre.

» Tout en ramassant quelques éclats et des portions de branches qui nous présentaient une gomme » odorante, translucide, imitant le succin, nous » joignîmes à ces échantillons un peu de poudre fine » et des débris de bitume recueilli sur d'autres parties » de l'arbre, pour soumettre le tout à l'observation » et à l'analyse. »

Quelques branches rompues du diamètre de cinq à dix pouces s'étaient fendillées dans diverses directions, au contact de l'air, et offraient plutôt la ressemblance de la tourbe que de la lignite. Elles avaient toute l'apparence d'un charbon éteint. D'autres présentaient la partie fibreuse enveloppée d'argile, et dans les fissures longitudinales existait une légère efflorescence de soufre, sensible à la vue comme à l'odorat, et en le brulant. Deux autres morceaux plus compacts étaient formés de feuilles concentriques, crevassées, qui, lorsqu'on les détachait principalement sur l'écorce et le *liber*, laissaient voir une sorte de résine qui avait évidemment transsudé du bois, car elle semblait sortir encore des fibres ligneuses, à l'instar d'une gomme, en larmes mammelonnées, ou en stalactites plus ou moins jaunes et rougeâtres, comme était la poudre prise sur les rameaux, dans son état naturel.

M. Alessi, après avoir reconnu à ce produit tous les caractères physiques extérieurs du succin, savoir: la couleur d'un jaune clair ou citrine, parfois orangée, l'odeur analogue à celle que la résine du pin a coutume d'émettre, enfin l'odeur bitumineuse, propre au succin qui prédomine, le soumit à l'expérience.

Comparé au succin du commerce, le succin de M. Alessi ou de Fico (comme je le nommerai pour la fin de ce rapport), en a montré tous les caractères, Il n'en diffère que par sa pesanteur spécifique, qui se trouva être de 0,009, tandis que celui du commerce est porté, d'après les physiciens, à 1,078.

Le nouveau succin donne aussi des apparences non équivoques d'électricité, attirant la paille, caractère le plus antique que le succin développe à un plus haut degré que toutes les autres résines. Il en donne aussi de magnétisme.

Exposé à la flamme, il brûle de même que son congénère, en se gonflant, exhalant une odeur pénétrante agréable.

---

(1) *Memoria sulla vera origine del succino dal cun: Guiseppe Alessi promotore di dritto cannonico, e catechista, etc., etc. Atti dall, Academia Giocria;* Catane, 1832.

(2) *Memoria di Francesco Ferrara, sopra l'ambra siciliana;* Palerme, 1825.

(3) Aujourd'hui Castro-Giovanna.

Réduit en poudre et mis à digérer dans l'alcool (1), M. Alessi en obtint une *teinture* qui avait toutes les propriétés de l'alcoolé de succin, tels que la couleur ambrée, l'odeur bitumineuse succinique, la saveur légèrement âpre, et quelque peu astringente.

Il put aussi, à l'aide d'une faible chaleur, le dissoudre dans les huiles volatiles de lavande, de térébenthine, et dans les huiles fixes, comme celle de lin cuite; le succin du commerce, cependant, a besoin d'un plus fort degré de feu pour céder à l'action de ces deux sortes d'huiles.

Enfin, le *succin de Fico*, introduit dans une cornue de verre munie de son récipient, commença par se fondre en se gonflant, et remplit de vapeurs blanches le petit appareil. Cette vapeur dissipée, la voûte et le col de la cornue furent tapissés d'une grande quantité de globules d'eau traversés par des stries d'une huile brunâtre avec des cristaux soyeux à peine visibles à l'œil, mais très-facile à apercevoir à la loupe. L'appareil démonté, dès qu'on eut déluté la cornue, il se dégagea une odeur sensible d'huile de succin. Un peu d'eau distillée introduite dans ce vase pour recueillir tout ce qui avait dû rester adhérent aux parois, ne tarda pas à prendre la couleur et l'odeur propre à l'huile du succin. Elle faisait vivre au rouge la teinture de tournesol. Le résidu fut trouvé diaphane, brun, d'un aspect vitreux, friable, et se dissolvant presqu'à froid dans les huiles dont il a été parlé.

Carbonisé, il fournit un charbon très-cassant qui laissa une cendre roussâtre. Cette dernière verdit les couleurs bleues végétales; l'hydro-cyanate de potasse décéla la présence du fer, l'oxalate d'ammoniaque y démontra des sels de chaux, et l'hydrochlorate de platine des traces de sels de potasse.

Revenant à la nature du succin, l'auteur émet cette opinion, qu'il ne suffit, pas comme le disait Pline, que le succin provienne d'un arbre, mais il faut encore qu'il soit minéralisé, et que, modifié par des voies qui nous sont inconnues, il reçoive des différentes substances minérales qui gissent au sein de la terre, la qualité de succin.

Quant à l'espèce d'arbre dont le succin tire son origine, M. Alessi ne peut, d'après l'inspection des plantes dycotylédonées, ou des tiges auxquelles elles adhèrent, le déterminer avec certitude. Pline a dit ouvertement qu'il était du genre des pins. Géronimo Réeupéro, qui s'était occupé de recherches à ce sujet, recherches savantes, mais qui n'avaient pas été publiées, avait trouvé dans un morceau d'ambre trois larves de la phalène du pin. Il possédait encore un autre morceau d'ambre, dans lequel se trouvait engagée une petite branche de pin qui avait porté des fleurs. Cela vient confirmer les observations de chimistes, rapportées par Martius, que de la résine du sapin on avait retiré une masse semblable à l'ambre jaune. Or, la poudre de succin, trouvée par M. Alessi, retient encore l'odeur de la résine de pin; odeur que ne donne pas le succin du commerce, parce qu'elle s'est probablement dissipée, comme de jour en jour, dit l'auteur, nous nous apercevons que celle de notre succin nous échappe. Pline a dit du succin, *pineus in attritie odor*. Brûlez le bois dont transsude le succin, et vous aurez l'odeur et la flamme du pin. La structure, l'écorce, le *liber*, la résine qui y est attachée, conservent de l'indentité avec les branches du *pinus silvester*, natif de Sicile, où il sert encore de torche aux habitans du pays, et retient le nom latin de *tæda*. Quoique le *pinus silvester* donne peu de gomme aujourd'hui, le *pinus abies* fournit presque toujours une grande quantité d'un liquide térébenthine de la nature même de la gomme du pin sauvage, et propre à être minéralysé comme le succin. C'est ce qui peut donner l'explication des morceaux volumineux de succin qu'on rencontre parfois, et des insectes qui, s'étant plongés facilement dans ce suc liquide, y demeurent incrustés.

En résumé, M. Alessi croit avoir démontré que le succin tire sa véritable origine d'une espèce de pin ou d'un arbre analogue, que cette résine transsude ou distille de son écorce. Il admet, qu'uni au bois ou détachée de lui, elle se sera minéralysée, ce qui est cause qu'il l'a trouvée faisant corps avec la lignite, et précisément entre l'écorce et le *liber*. Fluide en premier lieu à l'air libre, elle aura plus tard passé à l'état concret; de là l'origine des papillons, des mouches et des autres insectes qu'on y retrouve intact et les ailes étendues; que du fer et des autres métaux proviennent les pyrites et les paillettes de fer sulfuré, ainsi que les dendrites qu'on y trouve. M. Alessi rappelle encore que la résine minéralisée a tous les caractères du succin, la couleur, l'odeur, la cassure conchoïde, la transparence.

Ainsi se trouve confirmé le sentiment des naturalistes anciens et modernes, et l'on trouve à se rendre compte de tous les phénomènes appartenant au succin.

(1) A froid dans ce véhicule, il ne s'en dissout guères qu'un quart ou un cinquième après quelques jours de macération, ce qui s'accorde avec les expériences d'Heyer, dit l'auteur.

Extrait d'une lettre sur la méthode de déplacement, adressée à MM. les rédacteurs.

Par M. Simonin, pharmacien à Nancy.

Le regret exprimé par M. Bouillay, que M. Soubeiran n'ait point employé le déplacement pour obtenir les extraits de ratanhia, m'engage à vous adresser quelques observations que j'avais eu l'occasion de faire sur le même sujet et à la même époque. Elles viennent d'une part à l'appui des conclusions de M. Soubeiran, et offre de l'autre une preuve nouvelle de la bonté du procédé ingénieux de M. Boullay. J'aurais rendu mes essais plus nombreux et plus variés si je n'eusse été prévenu par la publication dont je viens de parler.

Une livre et demie d'eau, quantité nécessaire pour mouiller une livre de poudre de racine de ratanhia,

déplacée après vingt-quatre heures de macération, produit 4 gros d'un extrait très-lié, gommeux, transparent, d'une belle couleur rouge, *entièrement soluble dans l'eau froide et chaude.*

Six livres d'eau, versées successivement sur la poudre; et déplacées à leur tour, ne fournissent plus que 2 gros d'un extrait friable, comme celui du commerce, et comme lui peu soluble.

La décoction du résidu, dans quatre livres d'eau, donne une liqueur trasparente, très-rouge, mais susceptible de se décolorer par le refroidissement, et d'abandonner une poudre rouge, qui achève de se séparer par l'évaporation. Le poids total de ce produit s'élève à 1 once 2 gros.

Deux livres d'alcool à 32°, déplacées après une macération de deux jours, enlèvent à la poudre, épuisée par l'eau bouillante, 6 gros d'un extrait, comme le précédent, presque insoluble dans l'eau froide.

La solution de ces divers extraits produit, avec les réactifs, les phénomènes suivans : avec l'émétique, aucun changement : avec les sels de fer, précipité verdâtre.

Le premier seul précipite la gélatine animale.

En résumé, 1°. un premier déplacement suffit pour enlever presque toute la partie soluble dans l'eau froide de la racine de ratanhia : on l'obtient par ce procédé *sans altération;* 2°. l'extrait aqueux, fait à froid ou par infusion, est, comme l'a prouvé M. Soubeiran, beaucoup plus riche en matière soluble et active que les extraits obtenus par l'eau bouillante ou l'alcool.

J'ai appliqué aussi avec bonheur la méthode de déplacement à la salsepareille. On sait qu'il faut éviter de traiter cette substance par décoction, ou de soumettre les liqueurs à une longue évaporation. L'infusion par déplacement évite si bien, dans la préparation du sirop, tous les inconvéniens de l'ancien procédé, que je crois très-utile d'attirer l'attention sur le suivant.

La salsepareille houturas (6 liv.), découpée très-menu, fut, après une complète dessiccation, réduite en grosse poudre, humectée avec suffisante quantité d'eau (5 litres), et exposée à une température d'environ 60° dans un vase clos pendant vingt-quatre heures. On la mit ensuite dans un cylindre convenable, et on déplaça l'infusion qui s'écoula avec une couleur si intense, qu'elle paraissait noire; elle était très-limpide, et sa saveur excessivement prononcée et caractéristique de la salsepareille. Ces 5 litres furent mis à part, et on ajouta successivement sur le cylindre quelques litres de nouvelle eau qui se teignit encore beaucoup, mais dont la saveur était de plus en plus faible. Dans ces dernières eaux de lavage, on fit fondre et clarifier le sucre; et, dans le sirop cuit en consistance de miel, on versa la première infusion par petites portions, et sans interrompre l'ébullition, puis on passa à travers la chausse le sirop convenablement cuit. Ainsi préparé, ce sirop est très-limpide, et doué à un degré très-éminent de la saveur de la salsepareille, comparé à celui qui est fait par l'ancienne méthode; il lui est évidemment supérieur.

Je me suis assuré que la quantité de matière soluble que cède la salsepareille, après un premier déplacement, et très-faible. On pourrait donc la négliger, et n'employer que la quantité d'eau rigoureusement nécessaire pour faire fondre le sucre et le miel et prendre un bouillon. Les blancs d'œufs sont inutiles, le sirop se clarifie parfaitement sans leur secours, filtre à travers la chausse avec une promptitude remarquable.

Je ne puis terminer sans rendre hommage à MM. Boullay. Leur procédé si simple est applicable à tant d'opérations, qu'il doit produire une véritable révolution en pharmacie. Je ne puis trop engager mes confrères à consigner dans votre journal le fruit de leurs observations à ce sujet (1) : elles n'auront point sans doute l'éclat ni l'attrait des nombreuses découvertes de notre temps; mais, pour être plus modestes, elles ne seront pas moins utiles; il y a encore quelque gloire à appliquer aux procédés de notre art des moyens *exacts*, *rigoureux*, *économiques*, *et à la portée de tous*, etc.

RECHERCHES

D'histoire naturelle et de chimie sur la matière cireuse du carnauba (*palmier*) par J.-J. Virey

Le ministre de la marine ayant adressé à l'Académie de médecine de la résine d'acajou déjà connue, et la matière circuse du *carnauba*, avec l'invitation d'en examiner la nature et les propriétés, nous croyons devoir publier nos recherches et le résultat de quelques expériences sur cette dernière substance rare et encore peu observée.

On ignorait généralement ce qu'était le végetal *caranaiba*, décrit par Marcgrave (2) et par Pison (3), dans leur Histoire de plantes du Brésil, ou le *caranauve* de Laët (4), bien qu'on en ait publié au XIIe siècle des figures grossières représentant sous ce nom

---

(1) Nous nous unissons au vœu formé par M Simonin, qui paraît avoir si bien senti la valeur de la méthode de déplacement, et le rôle qu'elle est destinée à jouer dans la pratique de la pharmacie. Nous croyons toutefois devoir ajouter que, par cela même que ce mode est rigoureux et pour ainsi dire mathématique, par cela qu'il est essentiellement propre à conduire à l'uniformité dans le mode de préparation, il importe de ne l'appliquer aux formules qu'après avoir étudié et discuté à fond les conditions exigées par chaque substance. Ce travail, qui demande beaucoup de soins et de temps, a retardé jusqu'ici la publication de diverses applications qui découlent de nos premiers essais.
Boullay, père et fils.

(2) *Hist. nat. Brasil.*, édit. 1648, p. 130, fig. 1.

(3) *Hist. nat. med.*, édit. Amstelod. 1658, p. 126, fig 1 (exclus, fig. 2), et Jean. Rajus, *Hist. plant.*, tom. II, p. 1368.

(4) Voir aussi Joan. de Laët, *Nov. orbis descrip*, p. 612, et Jonston, *Dendrol.*, p. 150 edit. de 1768.

une espèce de palmier. Cependant on avait apporté, sous la dénomination de *carnauba*, une matière cireuse conservée par quelques curieux pharmacologistes dans leurs cabinets.

En 1810, le comte de Galvéas envoya, de Rio-Janeiro, à lord Granville, ministre anglais, ce produit brésilien comme assez précieux, soit pour former des flambeaux brûlant avec une odeur suave, soit pour tout autre emploi.

La découverte qu'avait faite M. de Humboldt du palmier *ceroxylon andicola*, qui donne par exsudation, de son tronc une cire végétale (1), fit présumer que la carnauba, déjà reconnu pour un palmier, selon Corréa de Serra, était le même arbre ou une espèce voisine. Mais le carnauba, loin de s'élever de 900 à 1450 toises sur les montagnes au-dessus de la mer, comme le céroxylon, croit dans les plaines chaudes et fertiles de l'intérieur du Brésil, et des provinces de Fernambouc, de Bahia, tantôt solitaire, tantôt formant d'épais bocages. Ce n'est pas de son tronc, mais de l'aisselle de ses feuilles, que découle la matière cireuse. Celle-ci diffère, comme nous le verrons, de celle du céroxylon; enfin le carnauba est un palmier hermaphrodite du genre des lataniers, *corypha*, d'abord décrit par Manuel Arruda (2), puis figuré en couleur et examiné dans tous ses détails par le savant botaniste Martius (3). Sa tige ou caudex, ayant à peine 6 à 8 pouces de diamètre, s'élance à 30 ou 40 pieds de hauteur, et se couronne d'une belle tête de feuillage et de régimes de petits fruits. Les feuilles sont en éventail, à pétiole épineux (4). Les fleurs, environnées d'un spathe, sont suivies d'une baie ronde chair amère, que ni les singes ni les perroquets ne mangent, et cependant Pison rapporte que les sauvages les apprêtent et les mâchent avec plaisir. Tel est le *corypha cerifera*.

On avait donc à tort présenté la famille des palmiers comme n'offrant aucune matière grasse, puisque des vaisseaux propres du tronc et des pétioles de ce *corypha* et du *ceroxylon* exsudent une sorte de cire, et que les fruits des cocotiers et de l'avoira sont butyreux, tandis que l'intérieur des troncs de presque toutes les espèces, riche d'abord en sève sucrée, contient ensuite de la fécule à sagou, puis donne à son sommet une sorte de chou très-nourrissant. Des principes amers et astringens, parfois caustiques, se manifestent aussi dans l'enveloppe charnue de plusieurs fruits de palmiers. Cette belle tribu de monocotylédones est donc aussi fertile en produits végétaux diversement élaborés, que beaucoup d'autres familles de dicotylédones à structure plus compliquée.

La cire du carnauba découle des feuilles (*e frondibus*), elle est en morceaux frustes, plus ou moins mêlée d'impuretés d'abord; mais les habitans des contrées où elle se recueille, la fondent, la purifient pour divers usages; on la peut mélanger avec la cire d'abeilles pour en former de belles bougies.

Description de la cire de carnauba.

Elle est en masses dures, mais fragile, et peut même se pulvériser grossièrement par percussion. Sa couleur est d'un blanc jaunâtre ou grisâtre tirant sur le vert. Son odeur rappelle celle du mélilot, ou du foin nouveau (ou de la fève tonka), mais faible; elle n'a point de saveur et se brise sous la dent, elle manque de liant.

Sa pesanteur spécifique a été trouvée de 0,980. Elle est fusible à 97° centigr. ou à la chaleur du bain-marie. L'eau bouillante n'a sur elle aucune autre action que de la liquéfier et de prendre légèrement son odeur; l'alcool à 36° ne la dissout point à froid et ne lui enlève pas sensiblement de son poids; mais à chaud il en dissout une portion qui se précipite presque entièrement par le refroidissement.

Analyse chimique de la cire du carnauba.

Cette analyse ayant été faite par Will. Thom. Brandes (1) et non publiée, que je sache, en France, nous allons en donner le précis.

Après avoir rappelé que Vauquelin considérait la cire du *céroxylon* comme formée de deux parties de résine et d'une partie de cire, Brandes regarde la matière du carnauba comme uniquement constituée de cire végétale.

Deux onces d'alcool à 826° aréom. ont dissout 10 grains de cette cire par l'ébullition; il s'est précipité 8 grains par le refroidissement. L'addition de l'eau a fait déposer 2 grains. La dissolution alcoolique était verdâtre.

Deux onces d'éther sulfurique de 7563 de densité, ont pris 30 grains de cette cire à 60° de température. Il se dépose par le refroidissement 26 grains.

Les huiles fixes dissolvent en toute proportion cette cire à l'aide de la chaleur, et en forment des cérats. Ce composé, avec l'huile d'olives, devient soluble dans l'éther et dans l'alcool, bien que l'huile d'olives seule reste insoluble dans ce menstrue.

Traitée par la potasse caustique, la cire du car-

---

(1) *Plant. équinoxiales*, p. 3.

(2) Man. Arruda da Camara, dans l'appendix de Koster, *Travels in Brazil*, London, 1816, in-4°.

(3) C.-F.-P. de Martius, *genera et species palmarum Brasil.*, etc., Monachi, 1823. fol. fig., p. 56. *Corypha cerifera*, candice annulato petiolorum spinosorum basibus persistentibus coronato, frondibus flabelliformibus glaucis, absque filis inter pinnas. Spadicis ramis floribusque sericeo-tementosis, spathis glabris; baccis ovatis, obtusis.

(4) Les epines crochues sont noires; le feuillage en éventail a jusqu'à 40 rayons sur chaque pétiole, et ces rayons, longs de 6 pouces, sont souvent bifides. Les spathes longs de 5 à 6 pieds, comme les régimes, couvrent les fleurs naissant en panicules sur un rachis rameux; les fleurs sont velues, à calice et corolle à 3 divisions, 6 etamines, 3 styles dont 2 avortent; un seul ovaire devient le fruit en baie, ayant un noyau unique.

(1) *Account of a vegetable wax from Brazil.*, dans les philosoph. transact. Lond., 1811, p. 261 *sq.*

nauba donne un composé rose pâle ; cependant il n'en résulte point un véritable savon, et les acides détruisent facilement cette composition.

L'acide nitrique jaunit la cire du carnauba; il en résulte une matière grasse, fragile.

Le chlore blanchit parfaitement cette cire. L'acide sulfurique concentré la brunit. Elle se comporte soit au feu, soit avec d'autres réactifs, à la manière de la cire d'abeilles, quoiqu'elle soit beaucoup moins fusible et plus friable.

Cette matière présente le même genre d'intérêt que les autres cire de végétaux, et en particulier celle du *myrica cerifera*, du *croton sebiferum*, celle du *lac* de l'Inde, celle qui exsude de l'écorce du fruit d'une cucurbitacée, celle du *celastrus ceriferus*, ou celle développée par le *coccus ceriferus*, cochenille dont la piqûre fait exsuder cette cire, etc. Les analyses faites par Pearson, Bostock, Hachett, etc., montrent l'analogie de toutes ces productions avec la cire des abeilles; néanmoins on y a distingué depuis la cérine proprement dite, et la myricine, et quelques autres modifications de ces principes.

Il résulte de ces diverses observations que le carnauba donne une cire plus solide, plus friable et moins fusible que les autres cires de végétaux. De là vient que, pour l'employer plus facilement à divers usages, les Brésiliens l'assouplissent par son mélange avec de la cire d'abeilles.

NOTES

Sur d'autres productions végétales.

Par le même.

1° *Sur la chaleur développée par certaines fleurs.*

Personne n'ignore que la fleur d'*arum cordifolium* de Madagascar, observée par Hubert à l'île de Bourbon, s'était échauffée au moment de la floraison de 19 à 25° Réaumur ; mais M. Bory de Saint-Vincent avait fait remarquer que la température du climat, pendant le jour, avait pu contribuer à cette élévation thermométrique. Ensuite Lamarck et Senebier avaient retrouvé cette même augmentation de température dans les fleurs d'*arum italicum*. J. N. Link, dans le tome 2e., page 224 de son ouvrage, (*Die nature der lebendigen pflanze*) avait annoncé un pareil phénomène dans une autre aroïdée, le *caladium pinnatifidum ;* mais il avait été révoqué en doute par le docteur Goeppert de Breslau. Pour mettre fin à cette incertitude, le savant Dr. E.-H. Schultz, de Berlin, a répété avec soin l'expérience sur ce *caladium*. Le 1er mai 1833 à midi, à 13° Réaumur, après 6 heures, la fleur commença à répandre une odeur de charogne, ou cadavereuse ammoniacale, qui lui est naturelle ; à 7 heures du soir elle donnait 17° Réaumur, à 8 heures 19°, à 9 heures 20° et à 10 heures 21 1/2 (ou 81 Fahrenh.) Cette chaleur ne s'est plus accrue au delà ; le lendemain la fleur était revenue à la température atmosphérique sans manifester de nouveau le même phénomène. Mais sur le même pied de la plante, d'autres fleurs se sont successivement développées avec des degrés semblables d'élévation de température et de dégagement d'odeur fétide, soit de nuit, soit de jour, dans la même chambre, et suivant le même ordre. Le *caladium pinnatifidum* est originaire des forêts de Caraccas ; le développement périodique de chaleur doit avoir lieu régulièrement dans la végétation de cette plante.

2° *Sur les plantes causant l'idiotisme chez les Turcs.*

Le docteur Oppenheim, qui vient de publier un travail fort curieux sur l'état de la médecine dans la Turquie d'Europe et d'Asie, donne des preuves que certains familles de haut rang parmi les Osmanlis, rendent exprès et artificiellement idiots des enfans et des adultes, afin de les mettre hors d'état de gérer leur affaires, soit pour s'emparer de leur fortune, soit pour s'affranchir de compétiteurs dangereux dans les plus hauts postes de l'état. Déjà Bernier, dans son voyage au Mogol, avait signalé cette pratique, et citait des frères du grand-mogol, auxquels on donnait une composition narcotique, nommée du *poust*, qui rendait complétement idiot. C'est ce qui se pratiquait aussi à Constantinople, et ce qui a suggéré à Racine ces vers de la tragédie de Bajazet.

L'imbécile Ibrahim, sans craindre sa naissance,
Traîne au fond du sérail une éternelle enfance;
Indigne également de vivre et de mourir,
Il s'abandonne aux mains qui daignent le nourrir.

On sait de plus quelle vénération les mahométans témoignent aux idiots, regardés comme de saints innocens; de même qu'on a dans les Alpes et le Valais un préjugé favorable pour les *crétins* (ou bons chrétiens), parce qu'ils ne font pas de mal, et s'en laisseraient faire plutôt par stupidité.

Or, cet idiotisme se procure soit par les moyens de compression qui refoulant le sang veineux dans les sinus du cerveau et stupéfient le sensorium en appelant le coma et le sommeil, soit par des plantes très-narcotiques du genre des *datura*, des *hyoscyamus* et autres solanées, avec l'opium. Ces végétaux déterminent une sorte d'ivresse joyeuse, ou de douce somnolence ; aussi cet idiotisme ou cet état de fatuité, loin d'être pénible, au contraire plonge dans l'oubli de toutes les peines de la vie. C'est une sorte de castration intellectuelle qu'on exerce pour les seules causes politiques sur les enfans mâles des sultans, quand il y a danger de voir des frères se disputer l'empire. Le docteur Oppenheim donne à cet égard des détails intéressans. Nous avons exposé des faits analogues dans notre dissertation sur le *Népenthès*.

NOUVELLES DES SCIENCES

—

Dans le dernier numéro de ce journal, j'ai donné l'esprit d'un travail fort intéressant que M. Dumas a entrepris sur l'action du gaz phogène sur l'alcool; j'ai dit que l'auteur avait obtenu de cette réaction un éther nouveau, et j'en ai donné les principales propriétés, ainsi que la composition, telles qu'elles se trouvent consignées dans le mémoire de M. Dumas.

Dans cette même note j'ai dit que M. Dumas avait obtenu une nouvelle substance solide cristallisable, en faisant agir l'éther chloro-carbonique sur l'ammoniaque; c'est de ce corps remarquable dont nous allons parler maintenant, en nous servant des expressions même de l'auteur.

« L'éther chloro-carbonique étant représenté par $C4\ O3\ Ch2 + C8\ H8 + H2\ O$, on doit obtenir de curieux produits en le soumettant à l'action de l'ammoniaque. Il se passe, en effet, une vive réaction entre ces deux corps liquides; elle a lieu quelquefois avec une sorte d'explosion, la liqueur devient claire et homogène; en l'évaporant dans le vide, on obtient un résidu blanc; celui-ci mis dans une cornue et distillé dans un bain d'huile, se sépare en sel ammoniac qui reste dans la cornue, et en un produit volatil qui coule comme de l'adipocire et qui cristallise en masse nacrée. Ce corps est formé de $C4\ O4, H8, C8, A3\ 2, H6$, c'est un carbonate d'hydrogène carboné et d'ammoniaque. Il est très-soluble dans l'eau et cristallise de ses dissolutions avec une promptitude singulière, et donne des cristaux d'un volume remarquable. Il est neutre. On pourrait représenter cette combinaison par un atome d'éther carbonique et un atome d'urée. On a, dans ce cas, $C2\ O2, H8, C8, H2\ O + C2\ O, A\ 32, H4$.

Le gaz choloro-carbonique lui-même, traité par l'ammoniaque gazeux, donne du sel ammoniac qui cristallise en cubes, et une autre matière qui cristallise en aiguilles. Celle-ci est soluble dans l'alcool, elle se concrète par l'acide nitrique. Je n'ai pas aperçu de carbonate d'ammoniaque dans le produit. Mais, bien que la réaction puisse fournir de l'urée, je n'ai pas encore la certitude qu'il s'en soit formé. »

Après cette note, dans laquelle il est facile de voir une faute de réactions très-curieuses, M. Dumas a bien voulu m'en remettre une seconde portant sur l'éther oxalique, et la réaction qu'il présente avec l'ammoniaque, je m'en vais le reproduire littéralement.

« L'ether oxalique offre d'autres propriétés qui ont motivé de nouvelles recherches à son sujet. Son analyse, faite de nouveau, à donné les mêmes résultats que la même analyse faite par MM. Boullay fils et Dumas. Elle ne laisse aucun doute sur la constitution de cet éther.

Traité par l'ammoniaque sec, il donne un composé d'aspect gras, fusible et très-soluble, qui renferme $C4\ O3, H4, C4, Az\ H3$, c'est un oxalate double d'hydrogène carboné et d'ammoniaque sans eau. Ce produit peut se représenter aussi par de l'oxamide et de l'éther oxalique, atome à atome $C4\ O2, Az2\ H4 + C4\ O3, H8\ C8, H2\ O$; elle ressemble donc sous ce rapport à la matière qui provient de l'éther chloro-carbonique, et constitue avec elle un nouveau type de matières azotées.

L'ammoniaque en excès, comme l'a remarqué M. Liebig, change l'éther oxalique en oxamide. L'expérience est facile à faire en traitant cet éther par l'ammoniaque liquide en excès. Ainsi les chimistes allemands avaient eu tort en réunissant la matière précédente découverte par MM. Boullay et Dumas, à celle qui résulte de l'action de l'ammoniaque liquide par l'éther oxalique (1). » J.-P. C.

L'on sait que la croûte blanche qui se forme à la surface du phosphore a d'abord été considérée comme de l'oxide de phosphore par quelques chimistes, et comme un hydrate d'oxide de phosphore par d'autres. M. Pelouze, dans une thèse qu'il a présentée à l'École de Pharmacie, a décrit ce corps, et l'a considéré comme un hydrate pur de phosphore, sans mélange d'oxide; ses expériences sont claires, ses résultats sont nets; ils sont accompagnés de chiffres, et semblaient faire évanouir tous les doutes sur la nature de ce corps.

M. Cagniard de Latour a fait quelques expériences simples sur le phosphore, qui doivent ou infirmer les résultats trouvés par M. Pelouze, ou expliquer la formation de l'hydrate de phosphore. Il a pris deux tubes barométriques de douze à quinze pouces de longueur, il y a introduit de l'eau distillée et un morceau de phosphore parfaitement transparent, puis il a fermé les tubes à la lampe, en ayant le soin d'en purger un entièrement d'air. Les deux petits appareils ont été abandonnés à eux-mêmes pendant quelques mois. Après plusieurs semaines, le phospore qui se trouvait dans le tube contenant de l'air s'est recouvert de la croûte blanche citée plus haut, tandis que le tube purgé d'air présentait le phosphore avec sa transparence première.

D'après ces expériences, M. Cagniard de Latour pense, à juste raison, que la matière blanche qui recouvre le phosphore contient peut-être des traces d'oxigène, mais trop petites pour être sensibles à nos moyens d'analyse, ou bien, ce qui paraît plus probable, que l'hydrate se forme aux dépens de l'acide produit d'abord en en dégageant son oxigène. Ce qui revient à dire que l'eau et le phosphate ne se combinent pas directement à la température ordinaire, comme le prouve d'ailleurs une des expériences citées.

J'ajouterai à ces curieuses observations, que M. Dumas, dans ses précieuses et savantes leçons orales, tout en considérant la croûte blanche qui recouvre le phosphore que l'on conserve sous l'eau comme un hydrate de phosphore, a fait quelques digressions qui auront probablement laissé dans l'esprit de ses auditeurs, qu'un nouveau travail sur les oxides de phosphore ne pourrait que tourner au profit de la science.

J-P. C.

---

(1) Dans les formules employées dans cette note pour représenter leurs actions observées par M. Dumas, on a pris pour poids d'atome de carbone le chiffre 37, 66.

M. Pelouze a fait une remarque bien curieuse, et qui devient une loi générale en chimie organique, elle est relative à la formation des acides pyrogénés. Il a observé que les acides susceptibles de donner de pyro-acides ne le faisaient qu'en abandonnant ou de l'acide carbonique ou de l'eau ; ou enfin l'un et l'autre de ces corps à la fois et dans des proportions variables. Voici du reste l'expression de cette importante loi : « Un acide pyrogéné quelconque, plus, une certaine quantité d'eau et d'acide carbonique, ou seulement l'un de ces deux corps, représente toujours la constitution de l'acide qui lui a donné naissance. »

Lorsque l'acide pyrogéné n'exige pas une température très-élevée pour se volatiliser, il se forme et se dégage dans un état de pureté parfaite ; l'eau et l'acide carbonique qui l'accompagnent ne sont pas mêlés de la moindre trace de matière empyreumatique. Nous allons citer quelques exemples à l'appui de cette opinion :

Acide gallique à 215° = $C_7 H_6 O_5 = C O_2 + (C_6 H_6 O_3 =$ A. pyrogalique)
Acide citrique = $C_6 H_6 O_6 = CO_2 + H_2 O + (C_5 H_4 O_3 =$ A. pyrocitrique)
Acide méconique = $C_7 H_4 O_7 = CO_2 + (C_6 H_4 O_5 =$ A. métaméconique)
Acide métaméconique = $C_6 H_4 O_5 = CO_2 + (C_3 H_4 O_3 =$ A. pyroméconique)
Acide mucique = $C_6 H_{10} O_8 = CO_2 + 3 (H_2 O) + C_5 H_4 O_3$ A. pyromucique)

Une remarque que le lecteur a déjà faite sans doute, c'est que l'acide pyrocitrique, l'acide pyroméconique et pyromucique sont isomériques. Ce ne sera pas les seuls que l'on rencontrera sans doute, et déjà M. Pelouze a devers lui quelques cas semblables.

Quand l'acide est volatil, et que la chaleur par conséquent ne peut rien sur lui, on peut, en le combinant aux bases, obtenir des phénomènes analogues et rentrer dans la loi énoncée par M. Pelouze. Tel est l'acide acétique combiné à la baryte, qui se transforme en carbonate de baryte et un esprit pyro-acétique comme le représente la formule :

$$C_4 H_6 O_3 + Ba O = Ba O + CO_2 + C_3 H_6 O.$$

Enfin, on pourrait citer encore les acides gras qui, chauffés avec la baryte caustique, se transforment en nouvelles matières et en carbonate de baryte, comme M. Bussy l'a démontré dans un mémoire fort curieux imprimé dans ce journal.

Nous attendrons que M. Pelouze ait publié ses recherches pour présenter toute l'importance que paraît promettre cette loi nouvelle. J.-P. C.

Dans un mémoire que MM. Pelletier et Couerbe ont présenté tout récemment à l'Institut, les auteurs donnent une nouvelle analyse de la coque du Levant (*menispernum cocculus*). Ce sujet a été traité, comme l'on sait, par divers chimistes, et surtout par M. Boullay, qui a donné une bonne analyse de ce fruit drupacé, et qui y a signalé, le premier, une matière cristalisable jouissant de propriétés vénéneuses au plus haut degré. Cette singulière substance reçut, en raison de cette propriété, le nom de picrotoxine.

Dans le nouveau travail sur la coque du Levant, que j'analyse, les auteurs ont examiné à part l'amande et son enveloppe, et ont découvert, dans l'enveloppe corticale, deux principes immédiats parfaitement blancs et cristallisables. L'un de ce corps porte le nom de *ménispermine*, il est alcalin et forme de sels bien déterminés. Le sulfate a été décrit et analysé avec soin. L'autre matière a reçu le nom de *paraménispermine* en raison de sa composition, qui est identique à celle de la ménispermine ; elle se distingue de celle-ci par sa non-alcalinité ; par sa volatilité, sa solubilité et sa forme cristalline, etc.

La composition de ces matières est assez remarquable, elle ne diffère de celle de la quinine que par 2 atomes de carbone ; en effet, la formule de la quinine, d'après l'analyse de M. Liébig, est $C_{20} H_{24} Az_2 O_2$, celle de la ménispermine = $C_{18} H_{24} O_2 Az_2$. Mais ceci n'a rien d'étonnant, et l'on remarque le même rapprochement entre la composition de la brucine et celle de la morphine, malgré que ces substances s'extraient de végétaux qui ne présentent pas la moindre analogie ; ainsi la morphine a pour formule : $C_{34} H_{36} Az_2 O_6$, et la brucine $C_{32} H_{36} N_2 O_6$. Je me propose de revenir sur ces divers rapports.

L'enveloppe de la coque du Levant contient, en outre de ces deux substances, un autre produit brun acide, qui a été étudié et analysé, et que les auteurs ont appelé acide hypo-picrotoxique.

La picrotoxine, découverte par M. Boullay, n'a été trouvée que dans l'amande, elle a été soumise à de nombreuses expériences par MM. Pelletier et Couërbe, et les phénomènes que cette matière leur a offerts leur ont permis de la placer au rang des acides. On sait qu'elle avait été considérée tour à tour comme substance neutre et comme substance alcaline. Toutefois je ferai observer que la picrotoxine est un acide des plus faibles et qu'on doit le regarder comme servant d'anneau réunissant les acides végétaux aux substances neutres.

Les combinaisons que forme l'acide picrotoxique avec les alcalis minéraux et végétaux ont été soumises au courant de la pile voltaïque, afin de voir si elles suivraient la loi commune, dans ce cas, aux composés salins minéraux, et les auteurs n'ont remarqué aucune anomalie dans les expériences nombreuses qu'ils ont faites sur les divers picrotoxates, c'est-à-dire que, toujours la picrotoxine s'est conduite comme un véritable acide venant cristalliser au pôle positif.

Le mémoire original devant bientôt paraître dans ce journal, je passe sous silence un grand nombre de faits qui y sont consignés ; je ne désire présenter au lecteur, pour le moment, que l'esprit et la marche du travail qui ont guidé les auteurs dans leurs recherches. J.-P. C.

Sur l'emploi de la créosote.

Quoique la créosote n'ait pu être soumise encore qu'à un petit nombre d'expériences, presque toutes

ayant produit un résultat avantageux, on peut croire que ce précieux agent est entré dans le domaine de la thérapeutique, et tout fait espérer que cette conquête sera importante et durable. C'est particulièrement à l'extérieur que ce corps a été appliqué jusqu'ici : il parait essentiellement propre à améliorer les plaies de mauvaise nature, à arrêter les hémorrhagies. On l'a essayé aussi avec le plus grand succès pour calmer instantanément les douleurs violentes causées par la carie des dents : dans ce cas seul on se sert de créosote pure.

Dans tout autre elle doit être mêlée à une proportion d'eau qui varie suivant l'usage auquel on la destine.

Les divers médecins qui l'ont essayée, paraissent d'accord pour admettre que, dans la plupart des cas, il faut qu'elle soit fortement diluée.

Ainsi M. le docteur Coster a annoncé à l'Académie de médecine qu'il avait employé la créosote à la dose d'un scrupule par livre d'eau à l'intérieur ou de 1/400 environ, d'un scrupule par demi-livre en gargarisme ou de 1/200, d'un scrupule par quart de livre à l'extérieur ou de 1/100.

M. le docteur Téalier a fait connaître récemment à la Société de médecine du département de la Seine, qu'il venait d'employer avec un succès aussi prompt qu'inespéré la créosote contre des ulcérations anciennes, dans des cas où il avait échoué par les moyens ordinaires, et même par la cautérisation au moyen du nitrate acide de mercure. Quoique la créosote ne fût qu'au 1/200, chaque application déterminait une douleur vive, mais de courte durée.

M. Téallier a observé en outre que, lorsque cet agent est moins dilué, son application sur des parties douées d'une grande sensibilité, peut déterminer des douleurs très-violentes, mais passagères, sans causer toutefois ni inflammation ni désorganisation.

Aujourd'hui, où la créosote doit être dans toutes les pharmacies, il était important de dire quelques mots sur le mode de son emploi, et de mettre chaque pharmacien à même de répondre aux prescriptions qui pourraient lui être faites sous cette forme : *créosote au* 1/400, *créosote au* 1/100, ou sous toute autre.

P. B.

JOURNAL
DE CHIMIE MÉDICALE,
DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;

RÉDIGÉ PAR MM. CHEVALIER, DUMAS, FÉE, GUIBOURT, JULIA-FONTENELLE, LASSAIGNE, ORFILA, PAYEN, PELLETAN, PELOUSE, ACH. RICHARD, ROBINET.

FEVRIER 1834.

Des Eaux de Cauteretz; par M. Orfila.

Cauteretz est un village du département des Hautes-Pyrénées, de l'arrondissement d'Argelès, à 200 lieues de Paris, situé au 43e degré de latitude S., à 500 toises (992 mètres) au-dessus du niveau de la mer, dans une jolie vallée qui se dirige du nord au midi, et que pressent au levant et au couchant des montagnes très-élevées.

Cauteretz possède onze sources d'eaux minérales, cinq à l'est et six au midi. Les premières sont Bruzaut, Rieumizet, les Espagnols, Pauze et César: les autres sont la Raillère, le Petit St-Sauveur, le Mahourat, le Pré, la Source aux Œufs, et le Bois. Excepté la Source-aux-Œufs qui est presque inabordable parce qu'elle coule dans le lit du torrent; toutes les autres sont utilisées; cependant il n'y a point d'établissement de bains à Mathourat, ce qui fait qu'on n'y peut prendre les eaux qu'en boisson. A César et aux Espagnols, les locaux sont trop petits et trop mal disposés pour qu'on soit tenté de s'y baigner, hors le cas d'indispensable nécessité; mais aussi dans les sept autres sources trouve-t-on des établissemens de bains et de douches offrant un grand nombre de cabinets où peuvent se baigner dans la même journée plusieurs centaines de malades: quelques-uns de ces établissemens, de construction moderne, ne laissent rien à désirer sous le rapport de la commodité, et je dirai presque de l'élégance. Mais ce qui rend surtout précieuses les eaux de Caurets, c'est la variété qui se fait remarquer dans leur composition et dans leur température; Rieumizet et Bruzant ne contiennent aucune trace de sulfure de sodium et ne sont que des eaux sulfureuses dégénérées: toutes les autres sources sont plus ou moins sulfureuses. Il est aisé de concevoir qu'un médecin habile, doit trouver dans cette variété de moyens des ressources thérapeutiques qu'il chercherait en vain dans les autres établissemens de ce genre, où il n'existe qu'une, deux ou trois sources d'eaux minérales. Qu'on ne croie pas cependant que je prétende diminuer en rien la valeur incontestable des eaux de Barèges, de St-Sauveur, de Bagnères-de Luchon, d'Ax et des autres sources des Pyrénées-Orientales, de Bonnes, des eaux chaudes, etc.; l'expérience viendrait me donner un démenti, puisque le effets salutaires de ces eaux sont de plus en plus mis hors de doute tous les jours, par les praticiens les plus éclairés. Ce que je tiens à établir, c'est que dans aucun de ces lieux il n'existe autant de sources utiles ni autant d'établissemens thermaux qu'à Cauteretz: ce qui met à même de varier et de modifier les traitemens d'une manière excessivement avantageuses.

Produit des sources. — La Raillère se compose de trois sources qui produisent ensemble 93 mètres un tiers cubes dans les vingt-quatre heures. César fournit 1056 pieds cubes d'eau, et les Espagnols 3168 pieds cubes par vingt-quatre heures. Le Bois ne donne dans le même espace de temps que 19 mètres 80 centimètres.

Température. — Elle est à la Raillère de 31 R., au Petit-St-Sauveur de 26,75, au Pré de 38°, à Mahourat de 40°, à la Source-aux-Œufs de 45°, au Bois de 35°, aux Espagnols et à César de 39°, à Pauze de 36°, à Bruzaut de 32°.

Composition. — Ce qui frappe d'abord en étudiant la composition des eaux de Cauteretz et en général les eaux sulfureuses des Pyrénées, c'est qu'elles ne contiennent qu'une très-petite proportion de matières en dissolution: ainsi dans un litre d'eau de la Raillère, il n'y a pas même deux décigrammes de substances étrangères à l'eau. Si nous examinons maintenant la nature des principes auxquels ces eaux doivent leurs propriétés, nous serons conduits à diviser celles-ci en deux sections: 1° celles qui sont sulfureuses, au nombre de neuf; 2° celles qui ne le sont pas (Rieumizet et Bruzaut).

Composition des eaux sulfureuses. — Toutes les eaux sulfureuses de Cauteretz, et nous pourrions ajouter toutes les eaux sulfureuses des Pyrénées (hautes, basses et orientales), renferment à très-peu de chose près les mêmes substances, mais dans des proportions différentes: ainsi, on y trouve du sulfure de sodium, du carbonate de soude, du sulfate de soude, du chlorure de sodium, de la silice, de la chaux, de la magnésie et de la glairine: enfin elles dégagent du gaz azote. On avait cru pendant long-temps que le composé sulfureux des eaux des

Pyrénées, était un hydrosulfate plus ou moins sulfuré, mélangé d'acide hydrosulfurique libre: il a été démontré par Anglada, et j'ai eu occasion de vérifier le fait sur les lieux l'été dernier, qu'il n'y a aucune trace d'acide hydrosulfurique libre dans ces eaux prises à la source, et que le soufre y est à l'état de sulfure de sodium (hydrosulfate de soude). Voici les résultats des expériences faites par M. Pailhasson, pharmacien distingué de Lourdes, et moi, pour déterminer les proportions respectives de sulfure de sodium que contiennent les différentes sources de Cauteretz. Nous avons agi sur 5 lit., 566, et nous avons trouvé aux Espagnols 3 gr., 326 de sulfure de sodium (il y en a à peu près autant à César); à Pauze, 2gr, 661; à la Raillère 1,996; à Mahourat 1,289; aux Œufs 1,079, au Bois 0,665, au Pré 0,542. Le Petit St-Sauveur ne contient également que de très-petites quantités de sulfure de sodium. Ces résultats se rapprochent assez de ceux qu'avait obtenus, avec quelques-unes des sources indiquées, M. Longchamp (V. son Annuaire des eaux minérales), et de ceux auxquels est parvenu M. Bérard de Montpellier, qui cherchait en même temps que nous à apprécier les proportions de soufre par un procédé distinct du nôtre. La thérapeutique des eaux des Pyrénées n'est pas encore assez avancée pour qu'on puisse indiquer au juste le rôle que joue dans l'action de ces eaux la préparation sulfureuse. Tout en admettant que le soufre à l'état de sulfure est un médicament actif, auquel ces eaux peuvent bien devoir en grande partie leur action salutaire, nous devons reconnaître que la température, la présence de la soude et de la glairine ne doivent pas être sans influence sur l'économie animale. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que le médecin, s'il compte particulièrement sur l'action du sulfure de sodium pour remplir une indication utile, devra se guider d'après les résultats numériques indiqués plus haut.

Un fait digne de remarque, et qui se rapporte aussi à la préparation sulfureuse de ces eaux, c'est la facilité avec laquelle le composé sulfureux s'altère; ainsi, l'eau sulfureuse prise à la source offre à peine l'odeur d'acide hydrosulfurique ou d'œufs pourris, et ne change pas la couleur du papier blanc imprégné d'acétate de plomb, que l'on place dans l'air à 2 pouces au-dessus de l'eau, ce qui tient à ce qu'elle dégage à peine du gaz acide hydrosulfurique: au contraire, si on l'examine à la buvette, distante de 20, 40 ou 50 pieds de la source, ou mieux encore dans une baignoire, l'odeur d'œufs pourris est déjà sensible, et le papier imprégné d'acétate de plomb, disposé comme je viens de le dire, ne tarde pas à jaunir, puis il brunit et finit par noircir: l'eau perd donc une portion du composé sulfureux, puisqu'il se dégage de l'acide hydrosulfurique. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'à mesure que l'action de l'air sur l'eau se prolonge, toute la portion sulfureuse qui reste dans l'eau tend incessamment à s'altérer et à se changer en hyposulfite, en sulfite ou en sulfate de soude; en sorte que l'on peut affirmer qu'après un certain temps d'exposition à l'air, une eau sulfureuse renferme beaucoup moins de sulfure de sodium, et qu'elle peut même finir par ne plus en contenir du tout: d'où il suit qu'il importe de boire cette eau plutôt à la source qu'à la buvette, de la boire aussitôt qu'elle est versée, si on ne peut pas la puiser à la source, et de se baigner dans des baignoires aussi bien couvertes que possible, à l'aide d'une grande planche en bois qui prévient l'action décomposante de l'air.

Il est aisé de se rendre compte de l'action de cet agent en admettant que le sulfure de sodium dissous a été transformé en hydrosulfate de soude; en effet, l'air atmosphérique est absorbé par l'eau; son oxigène se combine avec l'hydrogène de l'acide hydrosulfurique pour former de l'eau, tandis qu'il produit avec le soufre de l'acide hyposulfureux d'abord, puis de l'acide sulfureux, et enfin de l'acide sulfurique. Ces acides s'emparent de la soude, et mettent à nu une portion d'acide hydrosulfurique, qui se dégage d'autant plus aisément à l'état de gaz, qu'il est entraîné par l'azote provenant de la décomposition de l'air. Le bouillonnement de gaz azote que l'on observe dans la plupart des sources sulfureuses des Pyrénées, ne reconnaît pas d'autre cause que celle que j'indique: il est évidemment dû à la décomposition de l'air, avec lequel les eaux sont mêlées dans le sein de la terre.

La présence du carbonate de soude dans les eaux de Cauteretz et dans les autres eaux des Pyrénées, annoncée d'une manière positive par Anglada, n'a pas été admise par M. Longchamp qui regarde la soude comme y étant à l'état libre ou caustique. Les essais que j'ai tentés sur les lieux me portent plutôt à adopter l'opinion d'Anglada.

La glairine, matière végéto-animale particulière qui existe dans toutes les eaux sulfureuses, jouit certainement de propriétés médicales dont il serait difficile de ne pas tenir compte, dans l'examen de l'action de ces eaux sur l'économie animale, action qui doit être adoucissante.

Effets médicamenteux des eaux sulfureuses de Cauteretz. — Je n'entreprendrai pas de décrire ici l'action des eaux sulfureuses en général; je ne parlerai que des propriétés médicales qui paraissent appartenir plus particulièrement à chacune des sources. Les détails consignés dans ce paragraphe sont le résultat d'observations nombreuses recueillies à diverses époques par les médecins inspecteurs des eaux de Cauteretz, et notamment par M. le docteur Buron, inspecteur actuel de l'établissement, qui ne laisse échapper aucune occasion de constater les effets des eaux, et qui jouit à si juste titre de la confiance des malades; je joindrai à ce court exposé, ce que j'ai été à même d'observer pendant mon séjour à Cauteretz.

Les eaux de la Raillère contiennent d'après M. Longchamp par litre, 0,019400 de sulfure de sodium, 0,044347 de sulfate de soude, 0,049576 de chlorure de sodium; 0,061097 de silice, 0,004487 de chaux; 0,000445 de magnésie; 0,003396 de soude caustique, des traces de potasse caustique, d'ammoniaque et de glairine, et quatre centimètres cubes de gaz azote. On les administre dans les catarrhes bronchiques, dans la première période de la phthisie tuberculeuse, dans certaines hémopthysies, dans les névroses pulmonaires et dans les gastralgies. On en boit depuis deux jusqu'à quatre verres par jour, pures ou coupées avec du lait, du chiendent, de la gomme, etc., et on en fait un fréquent usage sous forme de bains et de demi-bains. En général ceux-ci doivent être préférés aux bains entiers, qui augmentent souvent l'oppression et la toux, inconvéniens que non-seulement les demi-bains ne présentent pas, mais auxquels ils remédient presque toujours. On emploie aussi les eaux de la Raillère sous forme de douches. De tous les établissemens de Cauteretz, celui-ci est le plus vaste, le plus commode et le plus utile: aussi est-il le plus fréquenté, et celui qui rend

le plus de services aux malades. Les effets salutaires de ces eaux dans les affections dont j'ai parlé, ne peuvent être niés par quiconque a été à même de les étudier pendant quelques jours. Voici d'ailleurs un fait remarquable que je ne saurais passer sous silence. On voit tous les ans une douzaine de chevaux du haras de Tarbes attaqués d'un commencement de pousse, arriver à Cauteretz et boire deux fois par jour l'eau de la source de la Raillère : il ne faut guère plus de trois semaines pour que les accidens disparaissent complétement. Ce fait important répond suffisamment à ceux qui croient que les eaux minérales des Pyrénées n'agissent que par la distraction, par un effet moral, etc.

Les eaux de Pauze employées également en boisson, sous forme de bains et de douches, sont particulièrement utiles dans les affections rhumatismales chroniques, dans les maladies cutanées, notamment dans les dartres, dans les catarrhes anciens, dans l'asthme dit humide, dans certains cas de syphilis dégénérée et dans plusieurs affections lymphatiques. L'établissement de Pauze, beaucoup trop restreint et assez mal tenu jusqu'à ce jour, vient de recevoir une extension notable par suite de nouvelles constructions : aussi à dater de la saison prochaine, les besoins des malades pourront-ils être satisfaits sous tous les rapports. Je ne saurais assez relever une erreur que partagent même certains médecins, savoir que les eaux de Cauteretz n'exercent aucune influence salutaire sur les maladies dartreuses; j'affirme au contraire avoir vu chez plusieurs malades qui faisaient usage des eaux de Pauze, des dartres squammeuses graves, et des crustacées flavescentes disparaître complétement après 25 ou 30 jours de traitement.

Les eaux de César et des Espagnols remplissent à peu près les mêmes indications que les précédentes : toutefois, elles sont plus énergiques, et ne doivent être employées que chez des individus d'un tempérament peu irritable. On s'en sert aussi avec succès dans certaines paralysies, dans des douleurs ostéocopes et dans quelques affections lymphatiques invétérées. Ces eaux, sans contredit les plus actives de Cauteretz par leur température et par la proportion de leurs principes sulfureux, ne sont pas malheureusement utilisées, parce que les établissemens sont petits, incommodes, mal tenus, et situés à pic à une trop grande hauteur. Il a déjà été souvent question d'abattre ce qui existe et d'élever à la place un bâtiment spacieux, commode et propre à attirer un nombreux concours de malades : sans doute ce serait une amélioration notable qu'il faudrait s'empresser d'introduire au plus tôt, s'il n'était pas possible de faire mieux. Or, je pense, contre l'avis de l'Académie royale de médecine, émis en juillet 1833, qu'il serait bien plus convenable de descendre les eaux des deux sources, de les réunir et de construire au bas de la montagne, dans le village même de Cauteretz, un vaste établissement où les malades se rendraient sans peine, et ne seraient pas exposés aux dangers qu'ils courent en s'exposant à un air trop vif, lorsqu'ils sortent d'un local exposé à une trop grande élévation. Je sais que l'on craint en faisant descendre les eaux dont je parle de leur faire perdre leur température et leurs propriétés médicamenteuses ; je suis loin de partager cette crainte, si l'on prend les précautions que j'indiquerai en parlant des eaux de Bruzaut.

Les eaux du Bois sont particulièrement en usage dans les rhumatismes articulaires simples, dans les rhumatismes goutteux et dans plusieurs affections cutanées : on les prend en bains et en douches. L'établissement du Bois, qui n'étant encore en 1827 qu'une mauvaise cahutte, réunit à une élégante simplicité toutes les commodités désirables : ainsi, il y a plusieurs cabinets de bains, plusieurs douches et deux piscines, dont une est destinée aux indigens infirmes.

Les eaux du Pré jouissent des mêmes propriétés médicales que celles du Bois. On trouve dans cet établissement seize cabinets de bains et une douche.

Les eaux du Petit-St-Sauveur sont administrées avec succès dans diverses affections nerveuses et hémorrhoïdales, dans certaines irritations de l'utérus, dans les engorgemens du col de la matrice accompagnés de sensibilité. Ordinairement dans ces dernières affections, on ne fait usage de ces eaux que jusqu'à ce que les symptômes d'irritation aient disparu, alors on envoie les malades à la Raillère pour hâter la résolution et compléter le traitement. On trouve au Petit-St-Sauveur dix cabinets de bains fort proprement tenus, mais dont les baignoires sont en bois, tandis que partout ailleurs, à Cauteretz, elles sont en marbre. Tout porte à croire que sous peu le bois sera remplacé par du fer blanc, le marbre ne pouvant pas être utilement employé en raison de la basse température de l'eau de cette source.

Les eaux de Mahourat sont surtout avantageuses dans les maladies chroniques des voies digestives, sans irritation marquée : la gastralgie et le dyspepsie ne résistent pas long-temps à l'usage de ces eaux, que l'on ne prend qu'en boisson, attendu qu'il n'y a point d'établissement. La réputation des eaux de Mahourat est tellement justifiée par de nombreux succès, que l'on conçoit l'empressement des malades à se transporter à cette source, quoiqu'elle soit pénible à aborder, en raison de la hauteur à laquelle elle est placée.

Composition des eaux qui ne contiennent point de sulfure de sodium. — Les sources que nous plaçons dans cette catégorie sont celles de Bruzaud et de Rieumizet. L'établissement de Bruzaud, connu autrefois sous le nom de Canarie, est situé dans le village même de Cauteretz : il se compose de douze cabinets de bains, d'une excellente douche, d'un chauffoir, d'un petit salon de repos, d'une belle terrasse et d'un joli jardin. Les eaux de Bruzaud ne contiennent pas un atome de sulfure de sodium ; elles renferment toutes les autres substances qui existent dans les eaux précédemment indiquées ; elles sont surtout riches en sulfate de soude ; aucune autre source ne peut être comparée, sous ce rapport, à celle-ci. L'absence de sulfure de sodium qui est en quelque sorte remplacé par le sulfate de soude, ne me paraît pas difficile à expliquer à l'aide des considérations suivantes :

La source de Bruzaud est située à 150 mètres plus haut que l'établissement des bains. Or, j'ai examiné l'eau à la source même, et là je me suis assuré qu'elle contenait une quantité de sulfure de sodium presque aussi considérable que celle de César qui est la plus riche en principe sulfureux ; mais aussi j'ai vu que l'aqueduc qui conduit l'eau de la source à l'établissement, est excessivement large, tandis que le diamètre de la source est très-petit, qu'il est construit en briques, mal cimenté et mal recouvert ; en sorte que l'air y pénètre sans difficulté, et que l'eau est constamment agitée, décomposée et refroidie par cet agent. Devra-t-on s'étonner

maintenant si l'eau de l'établissement ne marque pas plus de 32° R., tandis qu'à la source sa température est de 37 environ, si elle ne renferme pas un atome de sulfure de sodium, quand celle de la source en contient beaucoup, et ne voit-on pas au contraire, que par suite d'un aménagement aussi mal entendu, l'oxigène de l'air atmosphérique a dû transformer tout le sulfure de sodium en sulfate de soude? Aussi je ne balance pas à considérer l'eau de l'établissement de Bruzaud comme une eau sulfureuse dégénérée. Quoi qu'il en soit, telle qu'elle est, l'eau de Bruzaud peut encore rendre d'importans services : on l'emploie surtout pour dissiper des engorgemens abdominaux et comme tonique. On la prend en bains, en douches et en boisson; sous cette dernière forme elle provoque souvent des déjections alvines. Mais que sont les avantages dont je parle en comparaison de ceux qui résulteraient d'un meilleur aménagement de ces eaux? Qu'à l'aide d'un tuyau en verre très-épais, d'un diamètre plus petit que celui de la source, on amène l'eau depuis cette source jusqu'à l'établissement : par ce moyen, le tuyau sera toujours plein, et l'air n'aura aucun accès; que ce tuyau soit placé sur un lit de charbon qui est un mauvais conducteur du calorique; que cet appareil soit recouvert d'un aqueduc en maçonnerie, et l'on verra que l'eau sera ainsi conduite à peu de frais jusqu'à l'établissement sans avoir perdu sensiblement, ni de son principe sulfureux, ni de sa température. Alors Bruzaud rivalisera avec les meilleures eaux sulfureuses de Cauteretz, et prospérera d'autant mieux que ce sera le seul établissement sulfureux placé dans le village et à la portée de tous les malades, qui sont obligés actuellement de se transporter à une assez grande distance pour prendre les eaux de la Raillère, de Pauze, etc. L'essai que je conseille de tenter à Bruzaud sera non-seulement fructueux au propriétaire de la source, mais encore à la commune; en effet dès qu'il sera démontré que l'eau sulfureuse peut être descendue sans perdre sensiblement de ses propriétés, les habitans de la vallée ne balanceront plus à faire arriver au bas du village les sources de César et des Espagnols et à construire là un établissement qui serait si mal placé à la hauteur à laquelle on avait le projet de l'élever.

Les eaux de Rieumizet diffèrent peu des précédentes; on n'y trouve aucune trace de sulfure, et elles contiennent moins de sulfate de soude: cependant elles renferment une plus forte proportion de ce sulfate que la plupart des autres eaux de Cauteretz; quant aux autres matériaux, ils paraissent s'y trouver en moins grande quantité: il est probable que c'est encore une eau sulfureuse dégénérée. Douce, onctueuse au toucher, et, comme je l'ai dit, moins saline que les autres, elle est souvent employée avec succès pour calmer l'irritation produite par les autres sources, et pour combattre certaines affections nerveuses. L'établissement de Rieumizet, placé à côté du village de Cauteretz, ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'élégance et de la commodité.

Je ne terminerai pas cet article sans indiquer les avantages que présente le séjour de Cauteretz, pendant la saison des eaux, qui commence au mois de mai, et qui finit au premier octobre, mais surtout en juillet et août, époque à laquelle les Pyrénées sont le rendez-vous des malades, des convalescens et d'une foule de voyageurs appartenant à la classe aisée de la société. On arrive de tous les coins de la France pour soulager des maux qui ne sont souvent que trop réels, et pour jouir du spectacle imposant des sites les plus variés et les plus pittoresques. Cauteretz sous ce rapport laisse peu de chose à désirer; la jolie promenade du Parc, les eaux du Gave qui traversent le village, après s'être brisées avec fracas et de mille manière différentes sur des roches granitiques; le voisinage du Monné, de la cascade du Cerisé, du fameux pont d'Espagne, du lac de Gaube, de Pierrefitte, de Luz et de St.-Sauveur donnent au séjour de Cauterets un agrément difficile à décrire, et que rien ne surpassera lorsque les projets des nouvelles promenades seront réalisés. On y trouve aussi un très-beau salon où tous les étrangers se rénnissent le soir, et où l'on donne deux bals par semaine qui sont très-brillans. Le village est propre et bien bâti; les maisons, dont plusieurs sont en marbre, et dont les appartemens sont généralement meublés avec élégance, sont commodément disposées pour loger un grand nombre de baigneurs. Il est encore des avantages que je dois signaler aux malades qui prennent les eaux de Cauteretz: c'est qu'ils trouveront, pour seconder les effets de ces eaux, une pharmacie supérieurement fournie d'excellens médicamens, dirigée par M. Pailhasson, dont j'ai été à même d'apprécier le talent, et qui s'occupe avec tant de zèle du service dont il est chargé. Mais ce qu'il est important de rappeler aux baigneurs, c'est que les eaux de Cauteretz ne sauraient être prises indistinctement, sans inconvénient à toutes les sources ni à toutes les doses; que, dans certains cas l'usage des bains entiers peut être nuisible, tandis qu'on serait soulagé par des demi-bains; que la température de l'eau doit être plus basse ou plus élevée suivant les maladies et les tempéramens, et qu'il est difficile de comprendre, d'après cela, comment des malades dirigent eux-mêmes le traitement sans consulter un homme de l'art. Je dois à la vérité de dire, que pendant mon séjour à Cauteretz j'ai donné des conseils à un très-grand nombre de baigneurs, et que souvent les symptômes dont ils se plaignaient le plus, étaient occasionnés par la qualité de l'eau et par la manière dont ils en faisaient usage : aussi suffisait-il, pour rétablir le calme, de les suspendre pendant un jour ou deux, puis d'envoyer les malades à une autre source. Or, les gens de l'art ne manquent pas à Cauteretz, et j'ai déjà dit combien M. le docteur Buron, par son talent et par l'étude approfondie qu'il a faite de l'action des diverses sources, méritait la confiance qu'il a su inspirer depuis plusieurs années aux baigneurs.

Pommade stibiée contre les tumeurs indolentes.

Par une lettre adressée à l'Académie royale de médecine, M. Ivan fils, annonce qu'il a obtenu du succès de l'emploi contre les tumeurs indolentes, les bubons, d'une pommade préparée avec :

Axonge. . . . . 1 once.
Emétique. . . . . 1 gros.

Il a fait connaître cette médication, afin que les praticiens puissent la mettre en usage et constater son efficacité. A. C.

Suite du mémoire sur les moyens à employer pour déterminer l'époque à laquelle une arme à feu a été déchargée ; par P.-H. Boutigny, pharmacien à Evreux. (1)

Deuxième partie.

Fusils à bassinet de cuivre.

Aujourd hui qu'un million de fusils à bassinet de cuivre est disséminé sur toute la surface de la France, il devient très-intéressant de rechercher s'il est possible de déterminer rigoureusement ou approximativement à quelle époque un fusil à bassinet de cuivre a été tiré. On conçoit en effet que cette question peut se présenter devant les tribunaux ; mais cette question est hérissée de difficultés, est très-ardue, et je ne me le suis point dissimulé ; aussi n'ai-je point encore la prétention de l'avoir résolue d'une manière tout-à-fait satisfaisante.

J'attendrai, pour faire ressortir les avantages que ce travail peut offrir à la justice criminelle, que la troisième partie (celle qui a trait aux armes à percussion) soit terminée.

Alors je dirai le parti que l'on pourra tirer de l'ensemble de ces recherches ; je dirai leur côté faible ; je dirai ce qui sera vrai absolument, et ce qui ne le sera que relativement ; enfin, je dirai à combien d'erreurs nous sommes exposés lorsque nous tranchons les questions les plus difficiles, sans être éclairés dans notre examen par le flambeau des sciences exactes.

J'ai procédé comme je l'ai fait précédemment avec les fusils à bassinet de fer. J'ai abandonné quelques réactifs dont l'inutilité m'était bien démontrée par mes premières expériences. Je les ai remplacés par d'autres qui ne m'ont pas mieux servi. Mais les résultats négatifs qu'ils nous ont fournis n'en sont pas moins importans, car ils contribueront à simplifier la marche à suivre dans les recherches qui auront pour objet la détermination de l'époque à laquelle une arme à feu a été déchargée.

Les réactifs que j'ai employés sont l'acétate de plomb et le papier *id.*, l'hydrocyanate de potasse ferruré, un fil de fer et l'ammoniaque.

Le tableau joint à ce mémoire offre le résultat de mes expériences depuis une minute jusqu'à cinquante jours d'intervalle.

En y jetant un coup d'œil on reconnaît, ainsi que je l'ai annoncé, l'inutilité de plusieurs réactifs, et que leur emploi peut être restreint à deux principaux, qui sont l'hydrocyanate de potasse ferruré et l'acétate de plomb, et à un troisième qui n'est qu accessoire : c'est le papier d'acétate de plomb.

En examinant avec attention l'ensemble des propriétés physico-chimiques qui ont été observées sur la batterie d'un fusil à bassinet de cuivre, on verra qu'il est possible de déterminer avec assez de certitude à quelle époque un pareil fusil aurait été déchargé, à quelques heures et ensuite à quelques jours près.

On peut diviser en quatre époques la période de cinquante jours que j'ai parcourue, et qui sont caractérisées comme il suit :

La première, par la présence de l'acide hydrosulfurique et l'absence de sels de cuivre et de fer et d'oxide rouge de fer ; elle dure depuis une minute jusqu'à deux heures.

La deuxième, par l'absence de l'acide hydrosulfurique et de l'oxide rouge de fer, et la présence d'un sel de fer et d'un sel de cuivre. Cette époque dure de quatre à vingt-quatre heures.

La troisième, comme la précédente, plus de l'oxide rouge de fer sur le canon et de l'oxide vert dans le bassinet. Celle-ci commence au bout de deux jours et se termine vers le sixième.

Et la quatrième est caractérisée par l'absence de sels de fer et de cuivre et par la présence de l'oxide rouge de fer sur le canon, et de l'oxide vert de cuivre dans le bassinet. Elle commence vers le septième jour ; mais elle n'est bien caractérisée que le dixième, et se prolonge jusqu'au cinquantième.

Il suit de ce qui vient d'être exposé,

1°. Qu'un fusil à bassinet de cuivre, dont la crasse aurait les propriétés physiques et chimiques qui caractérisent la première époque, aurait été tiré depuis deux heures au plus ;

2°. Que le même fusil aurait été tiré depuis quatre heures au moins et vingt-quatre au plus, si la crasse possédait les propriétés caractéristiques de la deuxième époque ;

3°. Que ce fusil aurait été tiré depuis deux jours au moins et de six à dix jours au plus, si la crasse avait les caractères de la troisième époque ;

4°. Enfin, que ce fusil aurait été tiré depuis dix jours à peu près, et cinquante jours au plus (?...), si la crasse avait les propriétés qui la caractérisent dans la quatrième époque.

Je crois devoir répéter que cette division n'est point absolue, et qu'elle n'est que relative. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter au tableau, et ce n'est que le tableau qui devrait être consulté, dans le cas où l'on viendrait à faire l'application de ces recherches.

Je reviendrai, lorsque ce travail sera complet, sur les précautions à prendre pour éviter les sources d'erreurs qui peuvent se présenter dans une expertise de ce genre. C'est alors que je tracerai la marche à suivre pour arriver à la connaissance de la vérité dans des cas analogues.

Je ne reviendrai pas sur la théorie que j'ai donnée dans la premiere partie de mon mémoire, sur la disparition du sulfate de fer, qui ne me paraît pas devoir être modifiée. Elle me semble, en effet, suffisante pour expliquer la disparition du sulfate de cuivre. Je renvoie donc à cette première partie pour l'explication de ce phénomène.

(1) Voyez pour le premier article tome XIV, page 76 de l'Encyclographie, même journal.

TABLEAU *synoptique des expériences faites sur*

Temps qui s'est écoulé depuis que l'arme a été déchargée.	ASPECT DE LA CRASSE, ou Propriétés physiques.	ASPECT de la solution filtrée.	ACTION de l'acétate de plomb.	La liqueur étant acidulée, son action sur le papier d'acétate de plomb humide.
1 minute.	Noire bleue, sèche.	Légèrement ambrée.	Préc. chocolat clair.	Se colore légèrement.
1 heure.	Grise sèche; on remarque quelques parcelles cinériformes.	Presque incolore.	moins foncé.	Moins.
2	*Id.*	Incolore.	blanc.	Encore moins.
4	Noire, moins sèche, se détache par écailles.	*Id.*	*Id.*	Rien.
8	Noire humide, se détache par larges écailles.	*Id.*	très-blanc.	Id.
12	*Id.*	*Id.*	*Id.*	Id.
24	Noire, très-humide, on aperçoit quelques points verts, le bassinet est noir après le lavage.	*Id.*	*Id.*	Id.
2 jours.	Même aspect que le précédent, plus quelques taches d'oxide rouge sur le canon.	*Id.*	*Id.*	Id.
3	Brun verdâtre, quelques points verts; bassinet noir, taches plus nombreuses d'oxide rouge.	*Id.*	*Id.*	Id.
4	*Id.* Taches d'oxide encore plus nombreuses.	*Id.*	*Id.*	Id.
5	*Id.*	*Id.*	*Id.*	Id.
6	*Id.*	*Id.*	*Id.*	Id.
7	Brun verdâtre, s'écaille, et parsemée de points blancs cristalins, taches nombreuses d'oxide rouge; la crasse adhérente au bassinet est épaisse et mêlée de points verts.	*Id.*	*Id.*	Id.
8	*Id.*	*Id.*	*Id.*	Id.
9	*Id.*	*Id.*	*Id.*	Id.
10	*Id.*	*Id.*	*Id.*	Id.
15	Mêmes caractères, elle est moins épaisse et le lavage n'enlève presque rien au bassinet qui reste noir.	*Id.*	*Id.*	Id.
20	*Id.*	*Id.*	*Id.*	Id.
30	Le lavage n'enlève rien pour ainsi dire; après cette opération, le bassinet reste noir.	*Id.*	*Id.*	Id.
40	*Id.*	*Id.*	*Id.*	Id.
50	*Id.* On aperçoit 2 petits cristaux d'un bleu magnifique.	*Id.*	*Id.*	Id.

la batterie d'un fusil à bassinet de cuivre.

ACTION de l'hydrocyanate de potasse ferruré.	ACTION d'un fil de fer.	ACTION de l'ammoniaque.	OBSERVATIONS.
Rien.	Rien.	Rien.	
Id.	Id.	Id.	
Id.	Id.	Id.	
Légèrem. bleue au bout de 24 h.	Id.	Id.	La présence du fer se manifeste.
Louche, comme violette.	Id.	Id.	La présence du fer et du cuivre se manifeste en même temps.
Louche, rosée immédiat., au bout de 24 h., précip. rouge, liqueur bleue.	Id.	Id.	La quantité de fer et de cuivre augmente.
Id.	Id.	Id.	
Id.	Id.	Id.	
Presque rien, bleue au bout de 24 heur.	Id.	Id.	Il ne reste plus que du fer.
Id. phénomèn. moins tranchés.	Id.	Id.	
Id.	Id.	Id.	
Id.	Id.	Id.	
Id.	Id.	Id.	
Id.	Id.	Id.	
Id.	Id.	Id.	
Rien.	Id.	Id.	Il n'y a plus ni fer, ni cuivre.
Id.	Id.	Id.	
Id.	Id.	Id.	
Id.	Id	Id.	
Id.	Id.	Id.	
Id.	Id.	Id.	

EXTRAIT

D'un mémoire de M. Payen, sur les engrais.

Jusqu'à ces derniers temps la plupart des agronomes ont été divisés d'opinions sur l'action des diverses substances organiques dont la décomposition spontanée en produits solubles ou gazeux est lente; et bien plus, le même agriculteur avait souvent observé des effets très-différens d'un engrais connu sous une même dénomination. Plusieurs de ces anomalies remarquables sont décrites et discutées dans un Mémoire présenté à l'Académie des sciences, et approuvé sur le rapport de MM. Dumas, Becquerel et Dutrochet; les conditions générales du maximum d'effet y sont indiquées, et les moyens de ramener toutes les substances organiques à ces conditions favorables, sont démontrés expérimentalement.

Les principaux faits exposés dans ce Mémoire offrent les résultats suivans :

1° Les engrais de matières organiques agissent d'autant plus utilement que leur décomposition spontanée est lente, et mieux proportionnée aux développemens des végétaux.

2° Les engrais les plus actifs, de même que ceux qu'une forte résistance à la décomposition rend trop lents à réagir, et presque inertes, peuvent être mis dans les conditions favorables précitées. Les moyens indiqués, conformes à la théorie, se réalisent dans la pratique.

3° En rapprochant de l'état le plus convenable les engrais dont la dissolution et la décomposition spontanée sont le plus rapides, on parvient à quadrupler et mêmes extupler l'effet réalisable (1).

4° La chair musculaire, le sang, divers détritus des animaux, ainsi que les résidus qu'on laissait autrefois s'altérer au point de perdre des 0,5 aux 0,9 de leurs produits, seront aujourd'hui utilisés sans aucune déperdition.

5° L'action énergique, desséchante et désinfectante de charbons ternes, très-poreux, peut être appliquée à la conservation de substances très-altérables et à la solution de problèmes du plus haut intérêt pour la salubrité publique (2).

6° Diverses matières organiques, dissoutes ou en suspension en très-faible proportion dans l'eau pourront assurer les plus remarquables effets d'une belle végétation dans des irritations abondantes.

7° Les engrais dont les émanations putrides ne sont pas convenablement modérées, peuvent passer en partie, sans assimilation, dans les plantes, au point d'y maintenir l'odeur forte qui les caractérise. Par les moyens indiqués, on peut prévenir cet inconvénient grave. Une expérience directe démontre, en outre, que certains principes odorans peuvent être sécrétés de même dans la chair des animaux, au point de la rendre immangeable.

8° Les anomalies les plus frappantes dans l'action des os employés comme engrais, sont rationnellement expliquées, et rentrent dans la théorie générale; elles peuvent être évitées dans la pratique, ou reproduites à volonté.

9° L'ordre de la plus grande résistance des os en différens états se présente ainsi :

A. Les os non divisés contenant tout leur tissu organique infiltré de la matière grasse.

B. Les os conservés humides, dans lesquels la matière grasse est restée isolée.

C. Les mêmes os, divisés mécaniquement, offrant de plus en plus de surfaces aux agens extérieurs.

D. Les os dont on a éliminé des proportions de plus en plus grandes de la matière grasse.

E. Pour les mêmes états de division, les os dans lesquels le tissu fibreux, désorganisé par la température et l'eau, est resté interposés. Les mêmes os, dont on a séparé par les lavages des proportions de de plus en plus fortes de gélatine, agissent d'autant moins dans le même ordre. Enfin lorsqu'ils en renferment moins d'un centième, ils sont à peu près inertes. Dans cet état, les os contiennent généralement encore assez de substance altérable au feu, pour être fortement brunis par la calcination en vases clos; mais cet effet est dû à la décomposition d'un savon calcaire, insoluble, inerte comme engrais.

10°. Les charbons ternes, en poudre très-poreuse, imprégnés de substances organiques très-divisées ou solubles, agissent utilement, 1° par leur faculté spéciale de ralentir la décomposition spontanée, de mieux proportionner ainsi les émanations assimilables au pouvoir absorbant des plantes (car le charbon seul ne cède sensiblement rien de sa propre substance à l'action des spongeoles des racines); 2° et encore comme agent intermédiaire capable de condenser les gaz et de les céder aux plantes sous les influences de température, de pression et d'humidité, qui font varier ce pouvoir de condensation; enfin, en absorbant la chaleur de rayons solaires, et la transmettant au sol.

De tous les faits précités, on déduit non-seulement une théorie générale, comprenant toutes les observations, la solution de cette foule de problèmes controverses entre les agronomes, mais encore les procédés d'application des engrais; procédés qui tiennent le premier rang parmi les conditions de succès dans les exploitations rurales.

---

(1) Ainsi, le *charbon animal* contenant 0,15 de sang sec insoluble, agit mieux, à poids égal, que le sang sec soluble; c'est-à-dire que la putréfaction rallentie sextuple l'effet utilisé.

La matière fécale, délayée dans de l'urine, contenant alors 0,4 de substance sèche, mêlée avec 0,5 de son poids de charbon poreux en poudre, forme une masse pulvérulente qui ne renferme que 0,264 de matière organique sèche, et qui cependant produit plus d'effet utile comme engrais, que la *poudrette* la moins altérée possible : la quantité d'action est donc quadruplée; resultat confirmé d'ailleurs par le prix commercial de ces deux engrais. Si l'on porte en compte la perte des 0,66 de la substance altérable par une putréfaction, durant, terme moyen six années, dans la préparation ordinaire de la *poudrette*, on trouve que l'effet réalisable est devenu douze fois plus grand par le melange avec le charbon.

(2) Ces importans avantages sont déjà en cours de réalisation dans une grande usine fondée à Grenelle, près de Paris, où l'on exploite sur 300 hectolitres chaque jour, un procédé breveté pour la confection de l'engrais dit *noir animalisé*.

NOTE

Sur l'analyse du cambouis ; par M. Saladin.

La dureté, la forme compacte et lamelleuse qu'acquièrent avec le temps les huiles, la graisse, employées dans les mouvemens des machines, sur les essieux des voitures, etc., sont assez généralement connues. Il n'en est pas de même des causes de cette altération. M. Saladin a donc cru devoir en faire l'objet de ses recherches. Je n'entrerai point dans les détails assez compliqués de cette analyse, qui diffère de celle de M. Braconnot, sur la boue noire de Paris, et des recherches sur la rancidité des corps gras, que l'auteur a déjà fait connaître dans le Journal de chimie médicale. Voici le résultat du nouveau travail de M. Saladin :

200 parties de cambouis ancien, prises sur une masse considérable, rejetée comme inutile, lui ont donné pour moyenne de deux essais :

1°. Bi-stéarat, margarate, Oléate, d'amoniaque, formant avec la baryte un sel pulvérulent, insoluble. etc.	70,947
2°. Matière colorante brune, insoluble dans l'eau et l'alcool, soluble dans l'éther, donnant beaucoup de fer par la calcination.	19,003
3°. Fer divisé, uni à une petite quantité de sulfure de fer et à une beaucoup plus grande de deutoxide de ce métal à l'état d'éthiops.	10,133
4°. Acétate d'ammoniaque et de deutoxide de fer.	5,887
5°. Matière colorante noire, soluble dans l'eau, l'alcool, destructible par le chlore (ulmine).	107
6°. Acide oxi-acétique libre.	245
7° Graisse rance.	92,649
8°. Gaz oxigène et acide carbonique, rendus odorans par la graisse altérée qu'ils entraînent, *Quant. indét.*	
9° Perte et humidité.	1,024
	200,000

La solidification qu'acquièrent les cambouis, en raison directe de leur vétusté, ne provient point, ainsi qu'on a paru le croire dernièrement encore, de l'acidification des corps gras par l'absorption de l'oxigène ou de l'azote ambiant, car il ne se forme pas alors, quelque prolongé que soit leur contact, des acides gras, analogues à ceux que les acides hyponitrique, nitrique, sulfureux, le calorique ou les alcalis y font naître. Il est ici le résultat de la présence de l'ammoniaque provenant simultanément de l'oxidation du fer à l'état d'éthiops et de la décomposition moléculaire d'une petite quantité d'eau par les corps gras eux-mêmes.

Ne pourrait-on pas s'opposer à la dessiccation consécutive et à la saponification partielle qui s'opère dans ce cas, en interposant de temps à autre un peu d'eau dans le cambouis, soit après, soit pendant la marche des voitures.

EXTRAIT

D'un mémoire sur la viscine, lu à la Société de physique et d'histoire naturelle de Genève; par M. Macaire. (Extrait du dernier vol. des Mémoires de cette Société, tom. 6, part. 1.)

M. le professeur De Candolle me remit, pour l'analyser, une certaine quantité d'une substance particulière qui suinte du réceptacle ou de l'involucre de *l'atractylis gummifera*, plante de la famille des composées cynarocéphales, qui croit en Sicile.

Cette matière se présente sous la forme de masses arrondies, ayant une sorte de mollesse et de demi-élasticité, comme ce qu'on a nommé caoutchouc fossile, une couleur d'un brun jaunâtre, une odeur faible, assez semblable à celle des figues, une saveur nulle. Elle se coupe au couteau, en cédant à la manière des corps élastiques. Lorsqu'elle est débarrassée des corps étrangers, elle est demi-transparente, et d'une couleur jaune légèrement rougeâtre. Elle est plus légère que l'eau, qu'elle surnage, mais tombe au fond de l'alcool à 36°.

Par l'action de la chaleur, elle se ramollit, puis se fond et se boursoufle un peu, brunit légèrement; refroidie, elle reste liquide, et s'attache fortement aux doigts, comme la colle-forte. Si l'on augmente la température, elle brûle avec une belle flamme blanche, beaucoup de fumée, et une odeur analogue à celle de l'huile brûlée. Si on met la substance dans un petit tube de verre fermé par un bout, et qu'on la chauffe, elle se décompose en bouillonnant, et donne un produit liquide qui a l'odeur des substances végétales brûlées, qui rougit le papier bleu de tournesol, et mêlé avec la chaux ou de la potasse, ne donne pas l'odeur d'ammoniaque.

Laissée long-temps dans de l'eau distillée à la température de 10 à 15°, elle y blanchit, et devient opaque, en absorbant un peu de liquide, mais ne s'y dissout et ne s'y ramollit même pas. Si l'eau est élevée à la température de 100°, la matière se ramollit considérablement, reste translucide, devient filante et très-poisseuse, mais ne se dissout en aucune manière.

L'alcool à 40° n'en dissout point à froid; mais porté à l'ébullition, il en dissout un peu, qui se précipite en nuage blanc par le refroidissement. L'éther sulfurique bouillant est son véritable dissolvant, et la matière y disparaît entièrement: une partie cependant se décompose par le refroidissement. L'éther est alors légèrement coloré, et, par l'évaporation, laisse déposer une matière translucide, d'un jaune un peu verdâtre, extrêmement viscide, et qu'on ne peut détacher des doigts.

L'essence de térébenthine, à l'aide de la chaleur, la dissout entièrement, et devient très-viscide; par l'évaporation, il reste une substance jaune, transparente, très-glutineuse, liquide à chaud, s'épaississant par le refroidissement et formant alors un vernis transparent, gluant les doigts. L'alcool bouillant dissout toute la térébenthine qui existe dans ce composé, et la matière glutineuse reparaît agglutinée, demi-transparente, très-viscide, et avec toutes ses propriétés; abandonnée à l'air libre pendant un temps très-considérable, elle y demeure sans altération, et sans se dessécher en aucune manière.

L'huile grasse n'en dissout aucune partie, même à l'aide de la chaleur.

Elle est également insoluble dans l'acide acétique bouillant.

La potasse caustique la dissout, en se colorant légèrement.

L'acide sulfurique à froid, mis en digestion sur cette substance, se colore lentement en brun ; par l'action de la chaleur, il la dissout rapidement, et devient entièrement noir. Il ne se forme point de tannin artificiel, et une grande quantité de charbon se dépose.

L'acide nitrique, chauffé sur cette substance, se colore en jaune rougeâtre et la dissout. Par l'évaporation à siccité, il reste une substance d'un blanc jaunâtre, non amère, qui ne contient pas d'acide oxalique, se dissolvant dans la potasse caustique, en la colorant fortement en rouge très-facile à enflammer, et brûlant vivement, à la manière de l'amadou.

Analysée au moyen de l'oxide brun de cuivre, cette substance n'a pas présenté d'azote dans sa com position, et a donné les résultats suivans :

Carbone.	75,6.	soit carbon.	75,6
Hydrogène.	9,2.	— Eau élementaire	17,2.
Oxigène.	15,2.	— Hydrogène excédant.	7,2.

Cette composition rapprochait beaucoup la substance excrétée de l'atractylis gummifera des résines et de la cire, avec lesquelles elle a sans doute de fortes analogies surtout par les phénomènes de combustion. Mais, d'un autre côté, elle différait sensiblement des résines par sa viscidité, son insolubilité dans l'alcool, et s'éloignait encore plus de la cire par un grand nombre de caractères, en particulier son insolubilité dans l'huile ; il semblait donc qu'elle devait former un nouveau principe immédiat du règne végétal. Sa remarquable viscidité, et la connaissance de son emploi en Sicile pour la préparation d'une espèce de glu connue sous le nom de *vischio di masticogna*, me donnèrent l'idée de rechercher si la glu ordinaire de ce pays était d'un nature chimique semblable. Je voulus, au préalable, m'assurer si le fruit du gui blanc, qui me paraissait contenir une matière assez analogue à celle que j'examinais, avait les mêmes propriétés. Mais la matière contenue dans ce fruit, quoique assez visqueuse se dessèche complétement à l'air, devient solide et cassante, est insoluble dans l'alcool, l'éther, l'essence de térébenthine, forme, par l'ébullition de l'acide nitrique, une substance blanche, soluble dans l'eau, et précipitant abondamment l'eau de chaux, c'est-à-dire de l'acide oxalique ; enfin, mise dans l'eau froide, blanchit, se ramollit, puis, par la chaleur, se dissout abondamment, et rend l'eau visqueuse, et ce liquide précipite alors le nitrate de mercure et la potasse silicée. Il fallait en conclure que le fruit du gui ne contient que de la gomme ou du mucilage.

Il me restait donc à examiner la glu artificielle du commerce. Cette substance, qui a déjà été le sujet de quelques recherches de M. Bouillon-Lagrange, se présente sous la forme d'une pâte verdâtre ou d'un vert brunâtre, d'une saveur aigre, très-filante et tenace, très-difficile à sécher à l'air, fusible au feu et s'y boursouflant, puis brûlant avec une flamme blanche. Ce n'est pas avec une substance simple, et il est facile d'en séparer plusieurs ingrédiens. Mise dans l'eau bouillante, elle se ramollit et une petite partie se dissout ; l'eau devient acide (acide acétique), et précipite par le nitrate de mercure et la potasse silicée ; ce qui annonce la présence du mucilage. L'huile grasse en sépare une certaine quantité de chromule verte, qui lui communique sa couleur ; soumise à l'action de l'éther bouillant, une très-grande partie se dissout ; il reste une matière blanche, soluble dans l'eau, qui est la gomme ou le mucilage que l'on sépare ainsi du sable et autres corps qui y sont mélangés. L'éther, par l'évaporation, laisse déposer une matière légèrement verdâtre, poisseuse, tout-à-fait semblable par ses caractères à la substance examinée ci-dessus, et qui provient de l'atractylis gummifera. L'essence de térébenthine agit comme l'éther, dissout toute la matière poisseuse, en en séparant les corps étrangers ; et la combinaison de térébenthine et de cette matière qui reste après l'évaporation, est tout-à-fait semblable à celle qu'on obtient de la substance extraite de l'atractylis. L'alcool enlève de même la térébenthine et la chromule verte, et laisse la matière poisseuse pure, que l'on pourrait prendre pour celle obtenue de même de l'atractylis. C'est cette substance poisseuse qui donne à la glu artificielle ses singulières propriétés et qui se retrouve exsuder pure de l'involucre de l'atractylis gummifera, qui me paraît, par ses caractères, constituer un principe immédiat végétal nouveau, et que je propose en conséquence de nommer viscine. Ses caractères chimiques seraient d'être insoluble dans l'eau et l'huile, très-peu soluble dans l'alcool, de se dissoudre abondamment dans l'éther sulfurique et l'essence de térébenthine, et de présenter une composition élémentaire assez voisine de celles des résines. Son caractère physique distinctif est sa propriété poisseuse et viscide, qu'elle possède au plus haut degré.

La glu artificielle est donc un composé de viscine, de mucilage, d'acide acétique en petite quantité, de chromule verte, et de quelques corps étrangers, comme sable, etc.

Comme la préparation de la glu est assez singulière, j'ai cru devoir aussi en répéter et examiner le procédé : j'ai pris des branches de houx (*ilex aquifolium*) ; j'ai enlevé avec soin l'écorce extérieure, et séparé l'écorce interne ; après avoir coupé celle-ci en petits morceaux, je l'ai fait bouillir pendant six heures dans une suffisante quantité d'eau ; l'écorce s'est un peu ramollie, et l'eau n'a dissout qu'une petite portion de mucilage. Après l'avoir égouttée, je l'ai enfouie dans la terre pendant trois semaines, dans un vase fermé. Après ce temps l'écorce avait conservé sa forme ; mais pressée dans les doigts, elle se réduisait très-aisément en pulpe. Je l'ai fortement pilée dans un mortier de marbre, et je l'ai réduite en une sorte de pâte verte et opaque, qui, malaxée entre les doigts, s'y attachait en partie comme la glu, et paraissait déjà contenir beaucoup de viscine. Elle avait l'odeur particulière de la glu ; mais elle n'était pas à beaucoup près si poisseuse. L'eau en séparait beaucoup de mucilage l'alcool beaucoup de chromule verte et un peu de viscine, l'éther et l'essence de térébenthine, une notable portion de viscine, mais laissaient beaucoup plus encore de mucilage et de matière fibreuse. Après l'avoir bien broyée et humectée, elle a été mise à fermenter de nouveau, et s'est peu à peu convertie en une espèce toute semblable à la glu du commerce ; seulement ayant été faite avec plus de soin, elle était plus pure et ne contenait pas de sable ou d'autres corps étrangers.

L'écorce de gui (*viscum album*), traitée de même, a donné des résultats identiques.

Pour m'assurer si la viscine était toute formée dans l'écorce de ces végétaux, je l'ai traitée successivement par l'éther, l'alcool et l'essence de térébenthine, qui en ont séparé, en effet, une petite proportion de cette substance, mêlée à beaucoup de chromule verte. Elle existe donc en petite quantité avant la fermentation; mais celle-ci paraît transformer tout le mucilage, et même une partie du ligneux, en cette singulière substance, et la chromule verte est la seule partie constituante de l'écorce, qui conserve ses propriétés et ne change pas de nature. P.

MÉMOIRE

Sur les propriétés physiques et thérapeutiques du chromate de potasse neutre; lu à l'Académie royale des sciences, par M. Jacobsos.

EXTRAIT.

Le chromate de potasse neutre peut être exposé à une très-haute température sans être décomposé, à moins qu'on n'y ajoute du charbon; il rend celui-ci incandescent. Du chanvre, du coton, des cordes ou des toiles, imprégnés d'une solution de ce sel, deviennent très-combustibles et brûlent avec une forte et vive incandescence, et avec un dégagement considérable de chaleur et de lumière. Les oxides de chrôme et ses différens sels jouissent de la même propriété, avec moins d'énergie cependant que le chromate de potasse et de soude. Suivant l'auteur, cette propriété comburante du chrôme pourrait peut-être servir à expliquer quelques phénomènes dont sont accompagnés les aérolithes dans leur chute; car l'on a trouvé le chrôme dans un grand nombre de ces pierres. M. Jacobson a tiré parti de cette propriété du chromate de potasse pour la préparation des moxas. Ceux dont il se sert sont faits avec du papier joseph imbibé d'une solution faite avec une partie de ce sel et 16 parties d'eau. Il fait de ce papier des cylindres de diverses grandeurs et épaisseurs. Ces moxas brûlent sans insufflation, dégagent une chaleur très-vive, et forment une escarre plus ou moins profonde, suivant leur grandeur. L'auteur conseille de préparer aussi des mèches avec le coton, la grosse toile, etc., en le plongeant dans une solution de 1 partie de chromate de potasse sur 16 ou 20 parties d'eau. Une propriété importante de ce sel, c'est d'être très-soluble dans ce liquide, et d'être propre à préserver les substances végétales et animales de la fermentation et de la putréfaction; il enlève également l'odeur infecte aux substances putrides.

Le chromate de potasse neutre et le bichromate jouissent des mêmes propriétés. Ce dernier sel, surtout, l'emporte pour la conservation et la désinfection des substances précitées. La dose est de 1 gros dans 2 livres d'eau, ou d'environ 1 sur 250. Les substances animales ne sont nullement altérées dans cette solution, à l'exception des parties nerveuses. Quant aux propriétés thérapeutiques du chromate de potasse, M. Jacobson l'emploie à l'extérieur comme résolutif, et, s'il est concentré, comme caustique. A l'intérieur, il le donne à la dose de 1 à 2 grains comme émétique. A celle de demi-grain à 1 grain, chaque deux ou trois heures, il provoque des nausées, et peut être employé dans les maladies de poitrine et contre quelques accidens spasmodiques. J.-F.

De l'existence de la couleur pourpre dans les murex brandaris et trunculus; par M. Bizio.

Le principe pourpré de ces deux murex est une sécrétion qui s'opère par un organe particulier. Dans son état naturel, il est incolore; mais il prend une teinte citrine quand l'animal est sorti depuis quelque temps de la mer; il a la consistance et la viscosité du sperme, avec cette différence que celui du *murex brandaris* est plus dense et en même temps plus fluide que celui du *trunculus*. Cette substance, exposée au contact de l'air, même à une lumière diffuse, prend d'abord une couleur citrine qui passe promptement au vert-clair, arrive par gradations à celle émeraude, ensuite à celle d'azur, puis rougeâtre, et acquiert enfin celle du plus beau pourpre. Ces changemens de couleur sont plus prompts à une faible lumière directe, et ces couleurs sont plus prononcées quand on étend ce principe pourpré sur des corps qui n'absorbent point l'humidité, comme le verre, la faïence, les surfaces métalliques, etc.; tandis que si on l'applique sur ceux qui s'imprègnent d'eau, comme les toiles, etc., il en résulte que les productions de ces couleurs, s'opérant sous l'influence de ce liquide, la matière pourprée se desséchant par cette absorption de l'eau, et par l'action de l'air et des rayons solaires, dès-lors la coloration s'arrête au point où elle se trouve. En cet état, si on les porte dans un lieu obscur et humide, et qu'on l'expose quelque temps après à la lumière, la succession des couleurs continue de nouveau. L'eau hygrométrique ne suffit pas pour faire continuer la formation de ces couleurs, quand cette matière reste à l'obscurité ou à la lumière diffuse. L'auteur a conservé plusieurs jours de la toile enduite de cette substance, sans qu'elle ait subi de coloration sensible: ce n'est qu'au bout de quinze jours que la couleur pourpre s'est développée. M. Bizio se demande si cette suspension de coloration n'est point due à la dessiccation, qui, en rendant la matière plus dense, empêche l'oxigène de l'air d'agir sur elle. S'il en était ainsi, pourquoi cet effet n'aurait-il lieu que sur le *murex brandaris*, tandis, au contraire, que la couleur du M. *trunculus* ne se développe que lorsque la dessiccation a lieu Elle est cependant plus rapide à une lumière diffuse faible qu'à la lumière directe des rayons solaires. Nous ajoutons que la couleur pourpre de ce dernier *murex* se développe en trois ou quatre minutes, et que le changement des couleurs est si rapide qu'à peine a-t-on le temps de les distinguer; la couleur pourpre du M. *brandaris* ne se montre au contraire que dans deux jours.

L'odeur du principe pourpré incolore est analogue à celle de l'animal; mais, dès que la coloration commence, cette odeur se rapproche de celle du gaz hydrogène carboné; elle augmente avec les degrés de coloration. D'après les recherches de ce chimiste, il croit pouvoir attribuer cette gradation de couleurs à l'absorption de l'oxigène de l'air.

Examen chimique de la couleur pourpre.

La couleur pourpre, vue en masse, est noire, opaque; elle est assez semblable au sang desséché; sa poudre est d'un rouge vif; quand elle est récente, son odeur se rapproche de celle de l'assa-fœtida; elle est insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther; elle n'éprouve aucune altération de la part de l'ammoniaque, ni des solutions de potasse ni de soude à froid; par l'ébullition, les lessives prennent une teinte jaunâtre, et déposent une matière floconneuse d'un vert sale, contenant une portion de pourpre intacte. Il paraît d'après cela, que les solutions alcalines bouillantes lui enlèvent une matière jaunâtre et une substance muqueuse, sans altérer cependant la couleur pourpre.

Les acides sulfurique, hydrochlorique et nitrique étendus de six parties d'eau, n'exercent aucune action sur le pourpre sec en poudre; il en est de même si l'on porte ces acides à l'ébullition : seulement l'acide nitrique convertit la couleur pourpre en écarlate. Les acides acétique, citrique, oxalique et tartrique, n'exercent également aucune action sur le principe. L'acide sulfurique concentré semble d'abord le détruire; mais, au bout de 15 à 16 heures, cet acide se trouve coloré en jaune, et le pourpre est déposé au fond du vase dans tout son éclat. L'ammoniaque en excès, versé dans cet acide, en précipite une substance muqueuse, tandis que l'alcali en retient une autre de couleur jaunâtre; l'acide hydrochlorique concentré ne lui fait éprouver aucune altération; l'acide nitrique, très-concentré, le décolore aussitôt, prend une couleur jaune doré, et laisse dégager du deutoxide d'azote. Au bout de deux jours, l'eau en précipite une substance floconneuse d'un jaune doré. L'acide sulfureux est sans action sur la couleur pourpre : si l'on plonge cette couleur dans le chlore liquide, et qu'on y fasse passer un courant de ce gaz, elle se décolore complétement, et sans passer par aucune nuance; si l'on opère sans le concours du courant de chlore, la couleur conserve pendant une heure une teinte pourpre.

Nous devons ajouter à ces faits qu'il existe une différence entre la couleur pourpre des deux *murex* précités : celle du *murex brandaris* est d'un pourpre pur, et celle du *murex trunculus* est d'un pourpre tirant sur l'azur, comme devait être le pourpre améthiste dont a parlé Pline.

De la présence du cuivre dans les murex purpurifères.

M. Bizio, en continuant ses recherches sur la couleur pourpre des *murex*, y a découvert le cuivre, et c'est à ce métal qu'il attribue leurs effets pernicieux comme aliment, ainsi que les propriétés délétères de quelques autres coquillages.

Traduit de l'italien, par extrait, des Annales des sciences du royaume Lombardo-Vénitien. (décembre 1833.) J. F.

Du Siciote comestible. Avantages de l'importer en France.

L'un de nos amis et collègues, M. Ledanois, pharmacien français, qui a exercé à Orizara, nous a fait connaître les détails suivans sur une plante qui mérite de fixer l'attention. Cette plante, qui est le *sicijos edulis* de Jaquin, le *sechium foliis cordato angulatis racemis minoribus ad alas*, de Brown, est aussi connue sous le nom de *sechi* d'Amérique : elle a été décrite par Lamark, dans l'encyclopédie méthodique, partie botanique, tome VII, pages 50 et 156, et elle paraît être originaire de l'Amérique. Elle est cultivée dans l'île de Cuba. Elle croît naturellement à la Jamaïque.

Le siciote appartient aux plantes dicotylédones, à fleurs monoïques, de la famille des Cucurbitacées, se rapprochant des bryones.

Les Mexicains font un usage général, comme aliment, des *fruits du sechium edule*, *du siciote comestible*, qu'ils appellent *chayotti*, dont les Espagnols ont fait *chayote*. Ils les font cuire dans l'eau, à la vapeur; ils les font frire; en un mot, on l'assaisonne comme la pomme de terre.

Le fruit du siciote est très-nourrisant et très-sain : les pauvres et les riches le mangent, et les enfans le préfèrent à tout autre légume.

L'emploi du siciote, comme plante alimentaire, a porté M. Ledanois à en faire l'analyse et il a trouvé que 1,000 parties de ce fruit contiennent :

1° Eau.	0,774
2° Fécule.	0,072
3° Gomme.	0,024
4° Sucre.	0,020
5° Albumine.	0,010
6° Acide pectique.	0,012
7° Matière ligneuse.	0,080

8° Enfin quelques sels à base de potasse, d'ammoniaque, de chaux et de fer.

Les fruits du sechia ne sont pas tous semblables : il en existe plusieurs variétés, de blancs, de jaunes, de verts; la couleur de ces derniers varie depuis le vert clair jusqu'au vert obscur. Ces fruits sont lisses ou épineux, plus ou moins chargés d'épines; les plus petits sont de la grosseur d'un œuf de poule; les plus gros pèsent jusqu'à deux livres. Ils varient aussi par la forme : il y en a de globuleux; la plupart sont ovales.

Lorsque le fruit est mûr, il sécrète une matière gommeuse, blanche, de forme globuleuse. Cette gomme est blanche, transparente; mise dans la bouche, elle s'y ramollit, mais ne s'y dissout qu'imparfaitement; elle n'a ni saveur ni odeur.

La racine du siciote est cylindrique, très-volumineuse, traçante. L'examen analytique de cette racine a montré à M. Ledanois qu'elle contenait de 20 à 25 pour 100 de fécule. Elle est aussi employée comme aliment.

Il serait à désirer que le gouvernement ou quelques philantropes voulussent se charger d'importer en Europe ce précieux végétal; il serait utile à toutes les classes de la société, et deviendrait une ressource pour les classes peu favorisées de la fortune.

Les moyens d'importation sont simples : il faudrait faire acheter sur la place de Véra-Cruz deux ou trois douzaines des fruits du siciote, les prenant un peu avant leur maturité. On les ferait porter à bord d'un vaisseau revenant en France, et qui devrait partir le jour ou le lendemain, on les placerait sur le pont, abrités du soleil et de la pluie, et isolés les uns des autres. Au bout de sept à huit jours, il y a production à la partie supérieure du fruit, d'une petite

pousse : il faut avoir soin de la couper à environ un pouce de la racine, et renouveler cette opération jusqu'à ce que le fruit commence à se flétrir : alors il est indispensable de le mettre dans des caisses remplies de terre, qu'on aurait eu le soin d'embarquer (une grande caisse à divisions serait suffisante). Les caisses contenant le fruit devront, autant que possible, être abritées du soleil, et la terre arrosée de temps en temps.

Une fois que l'on sera arrivé en France, on les placera au pied d'un arbre quelconque exposé au midi : la plante se développera, grimpera, et envahira les branches. Chacune de ces plantes donnera de quarante à cinquante fruits qui devront être conservés dans des caves, pour être plantés au printemps au pied des arbres, dans un trou qui doit avoir six pouces de profondeur sur quatre pieds de longueur afin que la racine puisse prendre tout le développement dont elle est susceptible.

On pourrait aussi se procurer des racines de siciote au marché de Vera-Cruz, où on les vend sous le nom de *chayotescle* : Il faudrait alors les mettre de suite dans la terre pour les transporter en France.

La saison la plus favorable pour ces transports serait depuis le 15 mars jusqu'au 15 avril, le retour en France se faisant ordinairement, dans cette saison, dans 40 à 50 jours, la récolte des fruits se faisant en août, septembre et octobre. A. C.

Falsification de l'eau de Seltz artificielle.

La grande consommation qui se fait d'eau de Seltz dans Paris, a donné à quelques personnes ignorantes ou de mauvaise foi l'idée de préparer des eaux simulant l'eau de Seltz, en introduisant dans l'eau ordinaire du carbonate de soude et un acide ; on a employé, dans ce cas, les acides citrique, tartrique et sulfurique qui donnent lieu à des liquides gazeux qui tiennent en dissolution du citrate, tartrate ou du sulfate de soude, liquides qui ne représentent nullement l'eau de Seltz, et qui ont une toute autre action sur l'économie animale.

On peut reconnaître la fraude, en faisant évaporer les 7/8 d'une bouteille de l'eau de Seltz que l'on suspecte, en se servant d'une capsule de porcelaine. Si l'eau évaporée est de l'eau de Seltz bien préparée, elle laisse un résidu peu volumineux, et pesant moins d'un gros ; si, au contraire, l'eau de Seltz examinée a été préparée à l'aide du bi-carbonate de soude et d'un acide, elle laisse un résidu pesant plusieurs gros.

L'examen de ces résidus fait reconnaître si l'eau a été préparée en traitant le bi-carbonate par l'acide citrique ou tartrique ou bien par l'acide sulfurique. En effet, si c'est l'acide citrique qu'on a employé, on obtient pour résidu un citrate de soude ; si c'est l'acide tartrique, un tartrate ; enfin, si c'est l'acide sulfurique, un sulfate, sels qu'il est facile de distinguer. En effet, les sels formés avec l'acide citrique et tartrique se décomposent par l'action de la chaleur, en laissant pour résidu du carbonate de soude. Le sulfate de soude ne se décompose pas, et fournit un résidu de couleur blanche, qui, dissous dans l'eau, cristallise en prismes à six pans cannelés, terminés par des sommets dièdres. Le citrate et le tartrate de soude cristallisant différemment l'un de l'autre, il est facile de les distinguer.

On a aussi annoncé dans les journaux des poudres pour la fabrication de l'eau de Seltz. Ces poudres, dont quelques paquets nous ont été donnés, étaient, l'une de l'acide tartrique en poudre, l'autre du bicarbonate de soude. Mise dans l'eau, elles fournissaient, non de l'eau de Seltz, mais du tartrate de soude dissous dans de l'eau chargée d'acide carbonique.

Les eaux minérales naturelles ne sont pas non plus à l'abri de la falsification. Nous savons que des eaux factices ont été introduites dans des cruchons ayant servi à des eaux de Seltz naturelles, puis vendues comme telles. Nous regardons ce mode de faire comme une fraude punissable, puisque ces eaux sont vendues comme naturelles, et à un prix beaucoup plus élevé. Il est temps que de pareilles fraudes cessent ; elles sont d'autant plus condamnables qu'elles induisent le médecin et le malade en erreur, et qu'elles peuvent être la cause d'accidens plus ou moins graves. A. C.

SOCIÉTÉ DE PHARMACIE.

—

Séance du 5 février 1834.

La société reçoit : 1° un sparadrapier qui lui est envoyé par M. Charlot, pharmacien à Saint-Aignan ; 2° un mémoire sur le *lactucarium* par M. Buchner ; 3° une analyse de la cendre de tourbe par MM. Buchner et Oberlin.

M. Pelouze fait connaître : 1° un nouveau procédé dû à M. Boutin, pour obtenir l'acide hyparique (1). M. Boutin obtient cet acide avec la plus grande facilité et avec abondance, en traitant l'urine des herbivores par de l'acide hydrochlorique, faisant évaporer jusqu'en consistance de sirop, lavant avec de petites quantités d'eau froide, puis traitant successivement par l'eau bouillante et l'alcool, et un peu de charbon animal ; il n'emploie pas le chlorure de chaux comme le fait M. Liébig ; 2° un procédé de M. Wohler, pour extraire l'iridium et l'osmium du résidu noir de platine. A cet effet, il mêle le résidu noir avec son poids de sel marin ; on introduit le mélange dans un tube de porcelaine qu'on porte jusqu'au rouge, en même temps qu'on y fait passer un courant de chlore non desséché. Il se forme un chlorure double de sodium et d'iridium qui reste dans le tube, et de l'acide osmique qui vient cristalliser dans un ballon tubulé adapté au tube. Le sel double et l'acide sont ensuite réduits à l'état métallique, et purifiés à la manière ordinaire.

M. Boullay annonce à la société que la commission qui s'est occupée d'un travail sur la réorganisation de la pharmacie, s'est adjoint MM. Lodibert, Planche et Robinet ; il demande que la société y donne son adhésion. La société est d'avis qu'il y a lieu d'adjoindre ces messieurs à cette commission.

M. Vallet rend compte des journaux allemands ;

---

(1) L'acide hiparique est l'acide qui a été signalé comme étant de l'acide urique extrait des urines des enfans et des animaux herbivores. Berzélius avait proposé de l'appeler *Uro benzoïque*.

il signale la découverte de deux nouveaux alcalis végétaux, la colchicine, dans la colchique et l'aconitine dans l'aconit. Ces deux principes ont été obtenus à l'état cristallin. M. Chevallier réclame en faveur de M. Pallas la découverte d'un principe actif alcalin dans l'aconit-napel, principe qu'il a appelé aconitine. M. Vallet dit que le principe obtenu par M. Pallas n'était pas pur (1).

M. Henry fils en son nom et en celui de M. Delondre, lit une note sur le produit qu'il avait signalé sous le nom de *quinidine*: il résulte des nouvelles recherches qu'ils ont faites, que ce produit est l'hydrate de quinine.

M. Henry fait connaître qu'on peut l'obtenir en traitant un sel de quinine bien pur, et dissous dans l'eau par l'alcali volatil, reprenant par l'acool à 32°. Le soluté alcoolique, étendu d'eau, fournit un précipité d'apparence résineuse, qui plus tard se transforme en cristaux.

(1) M. Pallas avait reconnu que l'aconit fournissait une substance alcaline : il l'avait obtenue en écailles jaunâtres.

M. Thubeuf présente à la société une substance cristalline qu'il a appelée *salseparine*, et qui est extraite de la salsepareille. Cette substance, qu'il regarde comme le principe actif, a un goût âcre et amer; elle est neutre, sans odeur marquée; elle est soluble dans l'eau bouillante à laquelle elle donne la propriété de mousser; elle se précipite par refroidissement; elle est soluble dans l'alcool, soluble dans un mélange d'alcool et d'éther : chauffée dans un creuzet de platine, elle se décompose. Le charbon ne laisse pas de résidu. Selon M. Thubeuf, la nouvelle substance acide signalée par Batka, ne serait autre chose que la salseparine.

M. Pelouze annonce que M. Henry fils a retiré du marron d'Inde une substance susceptible de faire mousser l'eau. M. Henry pense que cette substance est un savon.

M. Chevallier dit que M. Figuère, élève en pharmacie au Val-de-Grâce, avait obtenu du marron d'Inde une substance analogue à la saponine de M. Bussy.

M. Bonastre présente à la société un morceau de résine copale pesant trois livres,

BIBLIOGRAPHIE.

FÉVRIER 1834.

I. *Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes par la percussion médiate, et collection de mémoires sur la physiologie, la pathologie et le diagnostic;*

Par P. A. PIORRY,

Docteur en médecine, etc. — Paris et Londres, 1831; in-8°, 431 pp.

II. *Clinique médicale de l'hôpital de la Pitié (service de la Faculté de Médecine), et de l'hospice de la Salpêtrière, en* 1832;

Par P. A. PIORRY,

Docteur en médecine, etc. — Paris et Londres, 1833; in-8°, 490 pp.

I. L'ouvrage que nous avons sous les yeux (*du Procédé opératoire*, etc.), est le complément du *Traité de la percussion médiate;* c'est en quelque sorte la dernière pierre ou le couronnement de l'édifice élevé avec tant de soins et de persévérance par M. Piorry. Il renferme la résultat de toutes les recherches de ce praticien depuis 1828, les nouveaux essais auxquels il s'est livré, et les perfectionnemens qu'il a ajoutés à son procédé. Avec ce second volume, l'histoire de la percussion médiate est aussi complète que possible, et il n'est personne qui ne puisse désormais se livrer à son étude. On avait reproché à M. Piorry de n'avoir expérimenté que sur des cadavres, de n'avoir cité que des *faits cadavériques*. Dans ce nouveau livre, il a transcrit un certain nombre de faits intéressans dans lesquels le plessimètre joue un rôle important, et qui ont été recueillis, non sur le cadavre, mais sur le vivant. Ces faits sont de nature à donner une idée de la précision de diagnostic à laquelle on peut arriver avec l'aide du moyen ingénieux de M. Piorry. Cet auteur passe en revue, avec détails, la méthode d'exploration plessimétrique de tous les organes tant du thorax que de l'abdomen. Mais avant d'entrer dans ces détails, il décrit avec soin le plessimètre, recherche quelle est la substance qui doit le former, et indique une nouvelle modification du stéthoscope qui permet de percuter médiatement en même temps qu'on ausculte. Passant à l'étude des sons que le plessimètre fournit, il prend en considération la sensation éprouvée par le doigt qui percute, sensation qui peut faire juger de la densité des organes sur lesquels on pratique la percussion.

Comme le titre l'indique le *procédé opératoire* de la percussion médiate est l'objet principal de cet ouvrage; aussi y trouve-t-on, à l'occasion de la percussion de chaque organe qui en est susceptible, des préceptes très-étendus sur cette *partie de la chirurgie du diagnostic*. Cette partie de l'ouvrage est traitée, on peut le dire, avec minutie; elle occupe près des cinq-sixièmes de l'ouvrage. Le reste est consacré à des considérations générales sur quelques lésions des organes et sur leur diagnostic, à l'aide du plessimètre. Dans ces considérations générales, M. Piorry discute la valeur des divers signes indiqués par les auteurs, et les compare à ceux qu'il obtient avec son instrument, et qu'il met presque toujours au-dessus des premiers pour la précision et la constance. Cette comparaison, faite par un médecin qui a beaucoup observé, est fort instructive. Ainsi l'on voit combien peu l'on doit compter dans le diagnostic des épanchemens pleurétiques, sur l'absence du bruit respiratoire, sur l'égophonie, etc.; dans celui de la pneumonie, sur le râle crépitant, etc.; dans celui des maladies du cœur, sur les phénomènes fournis par l'auscultation, etc.; tandis qu'en prenant en considération le son obtenu par la percussion, en même temps que la sensation éprouvée par le doigt qui percute, on arrive à des résultats beaucoup plus constans et beaucoup plus sûrs.

Il résulte de ce qui précède, que M. Piorry n'a point décrit des états pathologiques nouveaux, ni trouvé des symptômes inconnus, mais qu'il a seulement perfectionné un des moyens de diagnostic déjà en usage, et qu'il a fait connaître tout le parti qu'on en peut tirer. En un mot, la lecture de son livre nous apprend que le praticien, *suffisamment instruit dans la percussion médiate*, peut arriver, avec l'aide du plessimètre, à une connaissance beaucoup plus précise de certains phénomènes (difficiles à saisir sans ce secours), qui révèlent un grand nombre de maladies dont le siége est dans le thorax ou dans l'abdomen; et les deux ouvrages de M. Piorry, sur la percussion, sont destinés à répandre cette *instruction suffisante*.

Aucun praticien, toutefois, ne s'appuie sur un symptôme isolé, comme le râle crépitant, le bruit de soufflet, etc., pour former le diagnostic d'une maladie, mais bien sur l'ensemble de tous les symptômes qu'il peut recueillir. Les symptômes fournis par le plessimètre, considérés isolément, n'ont pas beaucoup plus de valeur que les autres; on aurait donc tort de donner à la percussion médiate une importance excessive. C'est un moyen de diagnostic de plus, et d'après ce que nous avons dit plus haut, les praticiens doivent en savoir beaucoup de gré à son auteur.

Du reste, quelques citations mettront dans tout leur jour les avantages de la percussion médiate. On lit à la page 151 l'observation suivante : « Chez une vieille femme qui portait une vaste tumeur mésentérique, on trouva sur le centre de celle-ci un son tympanique tel que le gros intestin en donne;

cette résonnance claire, accompagnée d'élasticité au doigt, se prolongeait de haut en bas et de droite à gauche, dans toute la hauteur de la masse indurée et dans la largeur de trois pouces. Tout le reste de la tumeur qui avait bien dix ou douze pouces de diamètre, donnait lieu à une résistance marquée au doigt; à la mort, la percussion fournit les mêmes résultats. Une incision pratiquée sur chacune des lignes qui limitaient l'espace où le bruit tympanique se faisait entendre, espace dont la forme irrégulière représentait celle du colon transverse, permit d'enlever la portion des parois qu'elles circonscrivaient. L'arc du colon avait été exactement embrassée par ces lignes, et ne les dépassait pas. Il est inutile d'insister sur l'importance chirurgicale de ce fait. Pour s'assurer de la présence du colon pendant la vie, s'il y avait eu une opération à faire, il aurait suffi d'injecter de l'eau en grande quantité dans les gros intestins. »

Et plus loin, page 163 : « Dans plusieurs hépatites aiguës, ou plutôt dans des congestions sanguines du foie, il a été facile de constater, à la Salpêtrière, à la Pitié et à l'Hôtel-Dieu (ainsi que M. Serres et moi nous l'avions observé dans un cas), que le foie est susceptible d'une grande augmentation de volume, et que les dimensions de cette glande diminuent rapidement après une copieuse saignée, et quelquefois aussi par la diète, qui est encore un moyen de faire perdre du sang. La diminution de l'organe hépatique varie d'un à trois pouces de haut en bas dans les vingt-quatre heures; elle est d'autant plus grande que la proportion du sang est plus considérable. Non-seulement ce fait a été observé chez des vieillards, où la circulation veineuse embarrassée par suite d'une maladie du cœur et surtout de sa faiblesse, explique l'intumescence du foie, mais encore chez des adultes, dans la pléthore et dans les fièvre aiguës. »

Le premier mémoire de la *Collection de mémoires*, etc., renferme des *expériences et recherches sur les pertes de sang*. Des expériences nombreuses sur des animaux, et des observations sur l'homme, ont inspiré à M. Piorry des considérations ingénieuses sur les pertes de sang en général, sur l'influence qu'exerce la pesanteur sur la circulation, sur la syncope et la congestion cérébrale, sur la mort par syncope, et enfin sur la phlébotomie. Voici les conclusions de l'auteur :

« 1° Les pertes de sang peuvent être portées très-loin, à plusieurs livres, et cela sans danger chez l'homme adulte, lorsque les organes gastriques et pulmonaires peuvent refaire du sang; il n'en résulte pas d'hydropisies ou d'autres affections. 2° Les circulations artérielle, veineuse, capillaire, sont en partie, et surtout chez les sujets affaiblis, sous l'influence des lois de la pesanteur. 3° La cause de la syncope est dans l'encéphale; l'action de celui-ci est dans ce cas diminuée, soit parce qu'il n'est plus excité par le sang, soit parce qu'il est directement affaibli. 4° L'état de la circulation fournit des moyens de diagnostic entre la syncope et l'apoplexie; mais l'attitude horizontale ou verticale en donne de plus importans. 5° La position déclive de la tête, par rapport aux autres parties, est le principal moyen curatif de la syncope. 6° Il faut enfin, dans l'opération de la saignée, tenir compte de l'influence de la pesanteur sur le cours du sang.

Dans le mémoire sur *la circulation veineuse, considérée sous le rapport du diagnostic*, l'auteur s'attache à faire voir de quelle utilité peut être l'exploration des veines; mais il ne la regarde que comme un moyen de plus d'étudier la circulation. Les inductions qu'elle fournit n'ont de valeur à ses yeux qu'autant qu'elles sont comparées aux signes que donne l'examen du cœur et des artères.

Le 3e mémoire a pour objet des *recherches sur le sérum du sang, et sur la formation de quelques productions accidentelles*. Si les idées de l'auteur sur ce sujet étaient complétement justes, plusieurs des points les plus obscurs de la pathologie se prêteraient à une explication simple et facile. Mais il est difficile d'admettre, pour le moment, que *la plupart des productions anormales tient peut-être au dépôt des élémens du sang dans les cavités des organes*. Du reste M. Piorry, s'appuyant sur ses nouvelles idées théoriques, a été conduit à employer contre le croup l'eau à hautes doses par la bouche et par l'anus, dans le but de délayer le sang et d'en diminuer la plasticité; il prétend que ce moyen lui a *souvent* réussi, et il cite un cas de croup, suivi de guérison, où il l'employa après avoir prescrit toutefois préalablement l'émétique et deux applications de sangsues.

Les trois mémoires qui suivent ont trait à la respiration. « (Résumé de quelques expériences sur la submersion, la strangulation, l'asphyxie par la vapeur du charbon; recherches sur l'absorption pulmonaire et sur la secrétion urinaire. — Nouvelles expériences sur les effets de l'insufflation de l'air dans les poumons. — Du râle et de l'asphyxie par l'écume bronchique.) » Ces mémoires sont recommandables: toutefois l'auteur s'étend peut-être trop longuement sur des circonstances peu importantes. On peut citer sous ce rapport le mémoire sur *l'asphyxie par l'écume bronchique*, où il traite en trente pages un sujet qui aurait pu l'être très-raisonnablement en quatre ou cinq. Pourquoi faire un maladie de ce qui n'est qu'un phénomène lié à la terminaison fatale de la plupart des maladies? Certainement, *il vaut mieux étudier un symptôme comme une maladie, que de négliger l'histoire d'une lésion qui cause la mort*; mais il eût été sans doute aussi utile de l'étudier comme symptôme, sans chercher *la nature* de cette prétendue maladie et *sa place dans un cadre nosologique*.

Enfin, le volume est terminé par les trois mémoires suivans : « De la langue considérée sous le rapport du diagnostic. — De l'abstinence, de l'alimentation insuffisante et de leurs dangers. — Mémoire sur l'une des affections désignées sous le nom de migraine ou hémicrânie. » — M. Piorry donne avec beaucoup de détails ses observations sur les signes fournis par la langue. Suivant lui, l'évaporation de la salive et des fluides secrétés à la surface de la langue est la principale cause de la sécheresse que celle-ci présente dans certains cas; la sécheresse de la langue est plutôt en rapport avec des lésions des organes respiratoires, qu'avec des maladies du tube digestif; la salive et les fluides exhalés sur la surface papillaire de la langue, desséchés par le passage de l'air sont les sources des enduits dont la langue est recouverte dans une foule de cas, etc. — Il s'élève avec raison contre l'usage de condamner les malades à une diète absolue dans un grand nombre de maladies et dans certaines conditions où une nourriture, même substantielle, aurait des résul-

tats heureux. — Pour lui, l'une des espèces de migraine, suivant lui, bornée à la moitié du crâne (hémicrânie), est une névrose de l'iris, qui, d'abord bornée à cette membrane, ou plutôt à ses nerfs, s'étend à de nombreux rameaux nerveux, et est caractérisée par des troubles dans la vision, suivis de douleur dans l'œil ou à la surface du crâne, de nausées et de vomissemens; et le meilleur traitement de cette affection, qu'il appelle *monophthalmolgie*, consiste dans des frictions sur les paupières avec l'extrait aqueux de belladone étendu d'assez d'eau pour lui donner une consistance sirupeuse.

II. Le volume qui porte le titre de *Clinique médicale*, etc., est un recueil de mémoires qui presque tous ont déjà été répandus par la voie des Journaux de médecine, et par conséquent sont déjà connus: ils sont au nombre de dix. Ils se font tous remarquer par des faits intéressans, et par leur tendance éminemment pratique. L'auteur ramène toutes ses observations, tous ses travaux, à des vues d'application et d'utilité immédiate.

Le Compte-rendu de la clinique est un résumé bien fait qui atteste le succès des traitemens adoptés par M. Piorry. On y trouve un bon nombre de faits curieux, tels que les suivans : « Absence de dents simulant le facies de l'hémiplégie. — Carie dentaire donnant lieu à un érysipèle intermittent de la face. — Ulcération du pharynx par suite du frottement et de la pression. — Distension énorme de l'estomac; soulagement remarquable. » Dans ce dernier cas le plessimètre favorisa le diagnostic d'une manière remarquable.

Mémoire sur la pneumonie hypostatique ou engouement pulmonaire. — Ce mémoire est peut être un peu trop long pour l'importance du sujet, qui d'ailleurs y est traité avec conscience. La pneumonie hypostatique ne diffère de la pneumonie proprement dite, que par le lieu qu'elle occupe, et par les circonstances sous l'influence desquelles elle se développe; la condition pathologique de l'organe est la même. Il était bon toutefois d'indiquer ces circonstances, et c'est sous ce rapport que les recherches de M. Piorry sont utiles.

« Recherches sur les causes occasionnelles et sur la nature de l'affection appelée fièvre ou entérite typhoïde. » — Cette maladie se compose, suivant l'auteur, 1° d'une lésion locale, l'entérite, qui par cela même qu'elle se prolonge, se propage aux glandes de Peyer, où la nécropsie la retrouve plus constamment, parce que les traces de la phlegmasie de celle-ci sont de nature à persister davantage après la mort que celles de l'hypérémie active de la membrane muqueuse elle-même; 2° d'une lésion générale, qui en définitive semble être une altération du sang, analogue à celle qu'on présume exister dans le typhus des armées et dans d'autres maladies épidémiques. Ainsi, le nom d'entérite typhoïde paraît être le plus convenable pour désigner cette maladie.

« Mémoire sur les causes occasionnelles qui ont spécialement agi dans l'épidémie de choléra observée à Paris, en 1832, et principalement à l'hospice de la Salpêtrière. » — Il résulte de ce mémoire, que la cause occasionnelle la plus ordinaire et la plus pernicieuse de choléra grave, est la stagnation de l'air dans des habitations étroites et encombrées, et que par conséquent la ventilation bien faite est le meilleur moyen d'arrêter une telle épidémie.

Viennent ensuite les mémoires sur « l'ophthalmie palpébrale; sur les névralgies et sur leur traitement; sur la nature et le traitement de plusieurs névroses; sur l'hypertrophie de la rate dans les fièvres intermittentes; sur les accidens cérébraux qui surviennent dans l'érysipèle de la face; *et enfin*, la dissertation sur cette question: qu'elle part a l'inflammation dans la production des maladies dites organiques? présentée au concours pour une chaire de médecine clinique à la Faculté de Médecine de Paris, etc. Pour répondre à cette question, M. Piorry commence par établir ce que l'on entend le plus généralement par *inflammation* et *maladies organiques*. Il se livre ensuite à des considérations générales sur l'inflammation et sur ses produits. Puis il cherche quels rapports on peut établir entre l'inflammation et les maladies dites organiques. Il conclut que l'inflammation peut produire des maladies organiques, soit seule, combinée à diverses autres causes; que tantôt elle est pour beaucoup, tantôt pour très-peu dans leur production; que d'autres fois enfin elle y est complétement étrangère. Enfin, dit-il, l'hypothèse d'une diathèse, prise autrement que comme circonstance d'organisation générale, de constitution, etc., et considérée comme une cause spéciale de maladie, n'éclaire pas la pathologie, ne guide pas dans le diagnostic, et est, dans l'état actuel de la science, sans utilité pratique évidente. Ce travail estimable a reçu de justes éloges des compétiteurs, même de M. Piorry, et nous nous plaisons à lui en adresser de notre côté, tout en lui avouant que nous n'adhérons pas dans tous les points à la doctrine qu'il y soutient.

Les travaux utiles et nombreux de M. Piorry méritent d'être encouragés. Il devrait toutefois se livrer avec moins de facilité au plaisir séduisant de généraliser, montrer plus de sévérité dans ses inductions, et n'attacher d'importance qu'aux choses qui en ont bien réellement. A. R.

Manuel de médecine-opératoire, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique; par M. F. MALGAIGNE. *Paris*, 1834, *in*-18, *p.* VI-791. Chez Germer Baillière.

Les dernières années qui viennent de s'écouler ont vu produire un nombre considérable d'ouvrages connus sous le nom de *Manuels*, et maintenant presque toutes les branches des connaissances humaines qui ont une partie mécanique, psosèdent un manuel, c'est-à-dire un petit livre, ordinairement formé d'un seul volume, qui a pour but de faire connaître les divers procédés et manœuvres à l'aide desquels on peut accomplir cette partie mécanique ou d'application de la science. A ce titre, ces ouvrages ont un degré d'utilité qui ne peut être contesté par personne. Les règles qui, selon nous, doivent présider à la composition d'un manuel, sont les suivantes : 1° l'ouvrage exclusivement destiné à la description des procédés de l'art, ne doit, en aucune façon, traiter de la science dont il ne pourrait offrir qu'une exposition incomplète; 2° la description de chaque procédé doit être faite en phrases claires et concises, et avec

méthode, de telle sorte que l'opérateur, sans autre guide que le livre, puisse accomplir exactement tous les temps d'une opération. 3° Quand plusieurs procédés conduisent au même but, il faut discerner celui ou ceux qui méritent la préférence, afin de ne pas donner à tous la même valeur en faisant de chacun d'eux une description également détaillée. Quoique peu nombreuses, ces règles, pour être bien remplies, exigent de la part de l'auteur des connaissances nombreuses, un jugement sain et un style concis. Nous sommes heureux d'annoncer que M. Malgaigne a fait preuve de ces qualités dans l'ouvrage dons nous avons à rendre compte. Bien pénétré du but essentiel d'un manuel, l'auteur a banni de son *Traité de médecine-opératoire*, les discussions relatives à la partie historique des opérations; la question des indications n'a été posée que dans les cas où il fallait faire l'appréciation de diverses méthodes applicables à une même maladie; quant aux pansemens, au traitement consécutif, aux accidens, etc., ils ont été et ils devaient être entièrement passés sous silence.

La connaissance de la structure anatomique de la partie sur laquelle on doit opérer étant indispensable à l'intelligence des préceptes de l'opération, M. Malgaigne a fait avec soin l'anatomie chirurgicale d'une région dans tous les cas où cette description pouvait jeter une vive lumière sur la médecine-opératoire, en s'aidant pour cela des travaux les plus estimés, tels que ceux de M. Lisfranc pour l'anatomie chirurgicale des articulations; ceux de MM. Dupuytren, etc, sur l'anatomie du périnée, etc.

Quant au nombre des matières et des procédés opératoires traités dans ce Manuel, on peut dire que l'auteur en a tracé un tableau à-peu-près aussi complet que l'état actuel de la science le comporte. Sans parler des chapitres consacrés à l'art du pédicure et à l'art du dentiste, dont l'utilité sera appréciée surtout par les élèves, l'ouvrage renferme tout ce qui fait l'objet du Traité de Sébatier, enrichi des additions de MM. Sanson et Bégin, et de l'ouvrage de M. Velpeau. Il renferme de plus la description des procédés dont les uns ont été empruntés à quelques journaux étrangers; tel est, par exemple, le traitement de M. Dieffenbach, pour l'ectropion, et dont les autres ont été produits au jour depuis la publication des traités de médecine opératoire que j'ai cités : tels sont les procédés de M. Dupuytren pour le bec-de-lièvre compliqué et pour la restauration de la cloison nasale; les procédés d'amputation de MM. Baudens et Sédillot; l'incision appliquée avec succès aux anévrysmes par anastomose; les appareils de Quadri pour la hernie ombilicale; la méthode de percussion inventée par M. Heurteloup, pour la lithotritie, et qui paraît devoir remplacer toutes les autres avec avantage, etc.

Puisant aux sources et donnant à certains points de médecine-opératoire plus de détails que l'on n'en trouve dans les autres ouvrages qui traitent du même sujet, l'auteur en a rendu l'intelligence plus facile et la pratique plus sûre; ainsi ont été décrites les amputations, les extirpations de cancer, d'après M. Lisfranc; la pyrotechnie chirurgicale, d'après Percy; la ligature en masse, d'après M. Mayor, etc.

Dans un ouvrage qui comprend tant de sujets différens, il était à-peu-près impossible qu'il ne se glissât quelques erreurs et qu'il n'y eût quelques omissions. Si nous en plaçons ici le relevé, c'est moins pour en faire un reproche à l'auteur que pour appeler son attention sur elles, afin que dans une seconde édition il fasse disparaître les taches d'ailleurs peu nombreuses qui se rencontrent dans la première.

Les règles de la compression des artères sont bien données; on désirerait y trouver un précepte fort important, et que Béclard avait fait connaître dans ses cours de chirurgie à l'hôpital de la Pitié; le voici : Quand la compression est exercée avec les doigts, ceux-ci doivent presser sur le vaisseau, non par la contraction des muscles du bras et de l'avant-bras (car pour peu que l'opération dure quelque temps, cette contraction, même légère, finit par devenir excessivement fatigante), mais par le poids du corps transmis aux doigts par les colonnes superposées du bras de l'avant-bras et de la main.

A propos de l'application des ventouses scarifiées, on désirerait trouver décrite la méthode de M. Larrey, qui consiste à faire avec un rasseoir une multitude considérable d'incisions très-superficielles et toutes parallèles. L'avantage qui en résulte et très-grand, car ces incisions ne suppurent jamais (inconvénient fréquent de celles qui se croisent) et elles ne laissent aucunes traces de cicatrice.

En parlant de la ligature des artères et des cas dans lesquels on éprouve quelqu'embarras pour distinguer la nature du cordon que l'on a découvert, M. Malgaigne conseille de l'inciser légèrement et lentement afin de reconnaître, par la texture, s'il s'agit d'une artère ou d'un nerf: quand aux veines, il pense que leur couleur seule empêchera de les confondre. Nous ne ferions pas un reproche à M. Malgaigne d'avoir passé sous silence les conseils que nous avons donnés pour le cas de pratique dont il s'agit (1), si le passage de son livre que je viens de citer ne renfermait un conseil pernicieux et une erreur. Quel est le praticien qui voudrait diviser une partie ou la totalité d'un nerf par des incisions successives, pour en connaître la nature, quand, par une pression passagère, il peut arriver au même résultat?

Quant à la coloration des veines, elle cesse de pouvoir guider les chirurgien dans les vaisseaux d'un petit calibre, et quand en même temps tous les tissus sont uniformément teints par le sang qui s'écoule des capillaires divisés.

M. Malgaigne considère l'immobilité de la mâchoire inférieure par ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, comme incurable. Nous sommes loin de partager cette opinion, qui est d'ailleurs celle de tous les chirurgiens. Depuis long-temps nous avons imaginé pour y remédier un procédé qui n'a d'ailleurs d'autre publicité que celle qu'il a reçue dans nos cours de médecine-opératoire, l'occasion ne s'étant pas encore offerte de l'accomplir sur le vivant; il consiste à scier du côté ankylosé le condyle de la mâchoire, et de deux côtés si l'ankylose est double, comme pour la désarticulation temporo-maxillaire, et à imprimer chaque jour des mouvemens à la mâchoire inférieure pour obtenir la formation d'une fausse articulation. Le succès que Barton, de Philadelphie, a obtenu d'une opération semblable faite sur le fémur dans un cas d'ankylose coxo-fémorale, autorise suffisamment la conduite que nous conseillons.

C'est à tort, selon nous, que M. Malgaigne blâme la

---

(1) *Gazette médical de Paris*, 12 octobre 1833.

laryngo-trachéotomie. La plus forte objection que l'auteur fasse à cette opération, est la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, d'écarter les bords de la division du cartilage cricoïde; mais rien n'est plus facile que d'opérer cet écartement sur le larynx des enfans, et c'est presque toujours à cet âge que la bronchotomie devient nécessaire pour retirer un corps étranger des voies aériennes. Ce n'est donc pas une *mauvaise opération*, comme le dit M. Malgaigne, et la preuve c'est que Pelletan, Boyer et nous, l'avons pratiquée avec le plus grand succès.

L'instrument si ingénieux de Graefe pour retirer certains corps étrangers de l'œsophage, méritait de trouver place dans ce Manuel, d'ailleurs si complet, de médecine-opératoire.

En discutant l'indication du sens dans lequel on doit opérer le débridement dans la hernie crurale, M. Malgaigne redoute de porter l'instrument sur le ligament de Gimbernat, parce que *dans un grand nombre de cas l'artère obturatrice naît de l'épigastrique et descend derrière ce ligament.* Il est vrai que très-souvent l'épigastrique fournit l'obturatrice; mais à moins que cette dernière ne naisse très-haut de l'épigastrique, ce qui est fort rare, elle descend sur le côté interne du collet du sac herniaire, et conséquemment ne peut, en aucune façon, être atteinte dans le débridement en dedans.

Nous ne saurions concéder à l'auteur la réprobation qu'il profère contre l'opération du phimosis, avec un bistouri à lame étroite, et dont le sommet pointu est terminé par une boule de cire. Nous avons pratiqué un grand nombre de fois cette opération avec ce seul instrument, et jamais nous n'avons, pendant son introduction, blessé, soit le gland, soit le prépuce.

Mais le précepte qui nous a le plus surpris, dans toute l'étendue de l'ouvrage, est celui que M. Malgaigne a mis en tête du chapitre où il traite de l'art de l'oculiste. « *Dans tous les cas*, dit-il, *où il est conseillé de se servir de la main gauche, le chirurgien devra se placer derrière le malade et agir toujours de la main droite.* » Tant d'objections se présentent qu'il est extraordinaire que l'auteur se soit borné à poser ce principe, tout nu, sans chercher à montrer comment il pouvait suppléer à celui universellement admis pour les opérations qui se pratiquent sur les yeux, et que Celse étendait à toutes les manœuvres chirurgicales: *Non minus sinistra quam dextera promptus.* Que le chirurgien fasse la cataracte par abaissement, comment et par qui la tête du malade sera-t-elle maintenue immobile, comment le chirurgien verra-t-il son aiguille à travers la pupille dans la chambre postérieure etc.? Nous l'avouons sincèrement, nous ne pourrions nous soumettre à l'accomplissement du précepte qui précède qu'après l'avoir vu étayé de raisons plausibles et de succès nombreux; or, les uns les autres lui manquent dans le Manuel de médecine opératoire.

A part ces critiques, nous ne saurions trop recommander l'ouvrage de M. Malgaigne aux personnes qui veulent se livrer à la pratique des opérations chirurgicales. L'utilité de ce livre, bien supérieur à celui de M. Coster, sera vivement appréciée par les élèves qui, arrivés à la fin de leurs études médicales, désirent s'exercer sur le cadavre à la manœuvre des opérations, et rendre habile et sûre une main qui plus tard devra porter le fer sur les tissus vivans.

A. BÉRARD.

Coup-d'œil sur la migraine et ses divers traitemens; par J. P. PELLETAN, *D. M. P.* Paris, 1833. Brochure in-8.°, 404 pp.

La migraine ne constitue souvent qu'une simple indisposition de courte durée, et que les malades eux-même oublient très-vite, lorsque ses accès ne se manifestent qu'à des intervalles éloignés. De là vient sans doute la légèreté avec laquelle on s'habitue à traiter cette affection? Mais les sujets qui éprouvent de fréquens accès de migraine, et que rien ne soulage, se font une idée cruelle de cette maladie. L'étude de la migraine commence à une époque très-ancienne, et n'a fait que des progrès lents. A la longue, presque tous ses symptômes ont été signalés, mais isolément, en détail, et par des auteurs différens: Souvent même l'on trouve la migraine confondue avec diverses espèces de céphalalgie, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on distingue ses caractères parmi les groupes de symptômes qui lui sont étrangers. Cependant dans le dernier siècle l'on commença à se faire une idée exacte des formes de la migraine, mais son siége resta incertain, sa nature ignorée, son traitement hasardeux. L'on ne peut donc que louer M. Pelletan d'avoir cherché à jeter quelque jour sur ce sujet difficile, et il nous semble qu'il a réussi à peindre les principales formes de la migraine, à la séparer des affections qui s'en rapprochent le plus, à appeler l'attention sur son siége, sur les affections sympathiques qui peuvent la produire ou qu'elle peut déterminer, enfin, sur sa marche, ses terminaisons, les principes de son traitement; il nous est impossible de suivre l'auteur dans toutes les questions qu'il aborde, dans tous les raisonnemens qu'il émet, mais nous regrettons que M. Pelletan n'ait pas toujours suffisamment motivé les opinions qu'il croit devoir adopter.

Pour nous, le siége de la migraine est très-difficile à déterminer. Nous nous demandons si, à la manière de certaines névralgies, la migraine réside réellement dans les divisions de certain nerf, d'où elle viendrait ensuite retentir dans le cerveau; ou bien si le mal se forme de prime abord au sein des hémisphères cérébraux, réceptacles de toutes sensations, et si le malade, à la manière des hallucinés ne ferait que rapporter au dehors de la tête, au fond des orbites, dans les yeux, les oreilles, les bras, les jambes, la langue, etc., des sensations qui, en réalité, ne prennent point naissance dans un dérangement de ces parties; et, pour résoudre ces questions nous souhaiterions que l'on étudiât le degré de consistance, de coloration, d'injection, etc., de la pulpe cérébrale, que l'on disséquât plusieurs fois les nerfs où les douleurs semblent éclater avec le plus d'énergie. Ces recherches n'ont jamais été tentées avec assez de soin. M. Pelletan pense que la cause matérielle de la migraine réside dans les embranchemens du nerf ophthalmique, et cela, parce que le malade sent dans quelques cas la douleur se dessiner, pour ainsi dire, dans les rameaux de ce nerf;

mais cette raison, qui n'est pas dénuée d'importance, est loin d'être concluante. Qui ne sait que plusieurs amputés accusent des douleurs dans les membres qu'ils ne possèdent plus depuis longues années?

M. Pelletan admet avec fondement plusieurs espèces de migraines sympathiques, mais il ne s'explique pas assez nettement sur la voie des communications entre les organes éloignés? Est-ce par le moyen du cerveau que l'estomac, l'utérus, parviennent à agir sur le nerf ophthalmique et sur les nerfs de l'oreille, de l'odorat, du goût, des bras, des pieds, dans les cas où la migraine s'accompagne de sensations de toutes ces parties? Comment la migraine, d'un autre côté, provoque-t-elle le vomissement? Tous ces résultats s'expliqueraient mieux si la migraine dépendait d'un vice du cerveau, organe où toutes les impressions viennent aboutir; d'où le moindre effet peut être promptement transmis par le secours des nerfs à des parties fort éloignées. L'on doit entrevoir maintenant quelques-uns des motifs qui portent beaucoup de médecins à considérer la migraine comme une espèce de céphalalgie. C.

Commentatio de coremorphosi, auctore Ch. Heiberg, *Méd. D., etc. Christianiæ*, 1829. in-8.°, pp. 261.

L'opération de la pupille artificielle, la *Corémorphose*, quoique par ses résultats une des opérations les plus brillantes de la chirurgie, est cependant peu pratiquée en France, ce qui parait provenir bien moins de sa difficulté et du petit nombre de cas dans lesquels elle réussit, que de l'abandon dans lequel est tombée l'ophthalmologie en général; abandon qui est principalement dû à l'absence de cours et de cliniques ophthalmologiques à nos écoles de médecine. Dans les pays où cet enseignement existe, l'opération de la pupille artificielle est beaucoup moins rare que chez nous, et donne lieu à un plus grand nombre d'écrits. Parmi ces derniers, celui de M. Heiberg est sans contredit le plus complet; c'est ce qui nous a engagé à en donner une courte analyse.

M. Heiberg appelle corémorphose ou formation de la pupille artificielle, l'opération par laquelle on procure aux rayons lumineux un accès dans l'intérieur de l'œil; soit en ouvrant la pupille naturelle lorsque celle-ci est fermée, soit en la tirant vers l'un ou l'autre côté lorsqu'elle est ouverte mais cachée, soit en établissant une ouverture artificielle dans l'iris ou la sclérotique. — Après avoir donné cette définition, l'auteur parle des altérations qui indiquent ou contre-indiquent l'opération, du pronostic, de la préparation du malade pour l'opération, de l'endroit où la pupille artificielle doit être établie de préférence. M. H. passe ensuite à la description des différens procédés opératoires qu'il rapporte tous à cinq méthodes principales, qui sont: 1° L'incision de l'iris, *Iridotomie;* 2° l'excision de cette membrane, *Iridectomie;* 3° son décollement, *Iridodialyse*, qui se subdivise en décollement simple, décollement avec enclavement, décollement avec incison ou *Iridotomedialyse*, décollement avec excision, ou *Iridectomedialyse;* 4° l'enclavement de l'iris, *Lorencleisis;* 5° enfin l'excision d'une partie de la sclérotique, *Scleroticéctomie.*

Les avantages et les inconvéniens de chacune de ces méthodes sont exposés avec soin, ainsi que les altérations qui indiquent où contre-indiquent l'une ou l'autre des opérations. M. H. fait voir que la méthode par incision réussit très-rarement; que le plus souvent les deux lèvres de la plaie de l'iris contractent entre elles de nouvelles adhérences, qui effacent la pupille artificielle ou la rétrécissent assez pour la rendre de peu d'utilité. L'auteur n'en propose pas moins un nouveau procédé pour pratiquer l'iridotomie. Il se sert, pour cette opération, d'un instrument qui ne diffère du crochet de Beer, qu'en ce que l'extrémité crochue de ce dernier est remplacée par un petit couteau falciforme, long d'une ligne, à dos convexe et à tranchant concave. On introduit cet instrument par une ouverture faite avec un kératotome à la partie externe de la cornée; puis on le fait avancer dans la chambre extérieure, jusqu'à une ligne du bord ciliaire interne de l'iris; en enfonçant alors la pointe dans cette membrane et en retirant l'instrument, on incise l'iris jusqu'à une ligne du bord ciliaire externe. Ce procédé a les mêmes inconvéniens que la plupart de ceux qui l'ont précédé; il donne facilement lieu au décollement de l'iris et à la blessure de la capsule crystalline, et la pupille artificielle se referme le plus souvent. Il vaut toujours mieux recourir aux méthodes par excision et par décollement. M. H. montre pour cette dernière une grande prédilection, qui lui fait même avancer quelques propositions hasardées; c'est ainsi qu'il dit entre autres que l'inflammation est moins vive après le décollement qu'après l'excision, l'iris étant beaucoup moins sensible à son bord ciliaire que vers le bord pupillaire. — Le décollement simple et celui avec incision réussissent très-rarement; M. H. n'a recours au premier que dans les cas où la cornée étant opaque dans presque toute son étendue, on ne peut pratiquer l'incision que dans la partie altérée de cette membrane ou dans la sclérotique; il préfère pratiquer l'incision dans cette dernière, introduit par-là le crochet et fait le décollement simple; nous croyons qu'on réussira plus souvent en faisant le décollement avec excision ou enclavement par une ouverture à la partie obscurcie de la cornée; il est vrai que la plaie ne se cicatrise pas toujours et qu'alors la suppuration s'empare de l'œil, mais dans le plus grand nombre des cas la cicatrice ne tarde pas à se faire.

M. H. se sert avec raison du crochet simple pour le décollement de l'iris, et démontre les inconvéniens des instrumens compliqués qu'on a inventés pour cette opération. L'enclavement sans décollement, *lorencleisis* se pratique lorsque l'iris est libre, mais qu'il existe une tache centrale de la cornée; on tâche alors de tirer la pupille d'un côté et de l'y fixer en enclavant l'iris dans une plaie de la cornée; il vaut mieux cependant exciser la partie de l'iris tirée au dehors, faire par conséquent l'iridectomie. Quant à la scléroticectomie, M. H. la rejette parce que la partie excisée de la sclérotique est toujours remplacée par une cicatrice aussi opaque que la tunique elle-même. Les expériences récentes du professeur Ammon (*Zeitschrift für die ophthalmologie* T. I. II. 183) ne parlent guère plus en faveur de cette opération, que celles citées par M. Heiberg.

Après avoir décrit et jugé tous les procédés employés jusqu'à ce jour pour l'opération de la pupile artificielle, l'auteur termine son ouvrage en parlant des accidens qui arrivent pendant et après l'opération et des moyens par lesquels on les combat.

Nous n'avons pu donner qu'un aperçu général de l'ouvrage de M. Heiberg ; ce que nous en avons dit suffira cependant pour faire voir que c'est un traité complet qui mérite une place dans la bibliothèque de tous ceux qui s'occupent des maladies des yeux, d'autant plus qu'il est écrit dans une langue familière à tout médecin instruit. V. STOEBER.

TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE, ou *de l'action pure des médicamens homœopathiques*. Par Samuel HAHNEMANN, avec des tables de BOENINGHAUSEN ; traduit de l'allemand, par A. J. L. JOURDAN. Tom. premier, 615 p. in-8°, Paris, 1834. Chez J. B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 *bis*.

« C'est un devoir aujourd'hui pour tous les esprits éclairés, de soumettre au creuset de la raison froide et dégagée de préjugés une doctrine qui se dit en possession » de moyens propres à faire disparaître *toutes* les maladies » aiguës en peu d'heures et sans convalescence, et à guérir » *radicalement* la majorité des maladies chroniques réputées » incurables. Des faits *incontestables* sont là, qui doivent » imposer silence au raisonnement pur... Le doute n'est » plus permis, etc. » (Préface du traducteur.) Ainsi M. Jourdan demande qu'on *soumette au creuset d'une raison froide*; puis il affirme que les *faits imposent silence au raisonnement*, et que le doute n'est plus permis. Sans argumenter sur ce qu'il y a de contradictoire dans ces deux propositions, nous répondons d'abord à M. Jourdan, qu'on ne peut soumettre à la raison ce qui renverse tout ce que la raison nous enseigne de positif; et que des faits, quels qu'ils soient, n'imposent jamais silence au raisonnement ; car, si le fait est immuable, l'interprétation varie suivant la portée d'esprit de l'observateur. Quant au *doute qui n'est plus permis*, c'est l'argument dont on se sert pour fermer la bouche aux imbécilles.

Passons à la préface des tables de M. Bœnninghausen. Vous croyez peut-être, cher lecteur, que c'est quelque chose de bien facile à manier que l'homœopathie ? Lisez les considérations de l'estimable adepte que je viens de nommer, et si vous ne renoncez à la nouvelle doctrine par sentiment, vous l'abjurerez en désespoir de jamais pouvoir l'appliquer dans toute sa *pureté*. « Après avoir choisi, avec tout le » soin possible, le médicament le mieux approprié, parfois » l'effet est nul, et même les symptômes s'exaspèrent; » alors on peut être certain ou que le remède avait été déjà » employé auparavant à des doses allopathiques, ou que » quelque symptôme morbide, auquel on n'avait point eu » égard, étant en contradiction avec ce même remède. » Or, qu'est-ce qu'un symptôme pour l'homœopathe ? C'est un *vent*, un *soupir*, une *grimace*, une *démangeaison à l'anus, qui cesse en se grattant* ; donc, si votre malade pousse un vent ou fait une grimace ou votre absence, ou qu'il ait à l'anus une démangeaison qui cesse en se grattant, et que le remède employé n'ait pas pour effet direct de produire ces effets extraordinaires, votre affaire est manquée ; il n'est pas étonnant dès lors que la maladie ne soit pas enlevée en peu d'heures ; car l'analogie doit être complète sous tous les rapports : il faut que *les effets purs correspondent au groupe entier des symptômes, suivant le temps, les circonstances, l'état moral du malade*. Voilà qui s'appelle prendre ses précautions, et savoir se ménager, pour tous les cas, une porte de derrière. Allez, homœopathes des cinq parties du monde, vous n'êtes que des ignorans qui gâtez le métier, car il est impossible qu'aucun de vos malades ait été traité selon les principes de l'homœopathie pure, dont le lustre, d'ailleurs, ne peut souffrir de vos bévues, car en elle-même elle est infaillible. « En effet, la pulsatille, par exemple, a beaucoup » de symptômes qui paraissent le matin au grand air, et » pendant le mouvement, comme la noix vomique en a de » pareils qui se manifestent le soir dans la chambre, et » pendant le repos du corps. » Osez, après cela, révoquer en doute l'influence des astres! Appliquez-vous surtout à bien spécifier l'action des antipsoriques, car la gale, voyez-vous, est le plus funeste des présens sortis de la boîte de Pandore : « Les fièvres intermittentes de l'année dernière » étaient évidemment de nature psorique. » La difficulté est si grande que la science homœopathique ne pourra marcher, tant qu'il n'y aura pas un hôpital spécial sous la protection immédiate du Gouvernement. (Il paraît que le docteur Bœnninghausen veut aussi devenir médecin d'hôpital.) Entendez-vous MM. les homœopathes de Lyon, Bordeaux et autres lieux ? Les faits recueillis dans vos hôpitaux ne prouvent rien, au dire de vos maîtres, car, dans votre hôpital on sale le bouillon de vos malades comme celui des autres, et le sel est le neutralisant universel des agens homœopathiques ; et puis vos impertinens malades osent douter de l'efficacité de vos poudres blanches : prendre de l'émétique quand ils ont la bouche mauvaise, et se faire saigner par l'interne, quand le sang les étouffe. Or, avec un hôpital sous la *protection* du Gouvernement, vous auriez un gendarme à chaque lit, pour assurer l'exactitude de vos prescriptions, éloigner les sceptiques et morigéner les mutins.

Ce bon M. Bœnninghausen s'est donné la peine, bien méritoire, sans doute, de classer les médicamens homœopathiques d'après leur différence d'action, *suivant l'époque de la journée, la situation, les circonstances et l'état moral du malade*. Car, observez bien que l'effet d'un décillionième de grain de pulsatille n'est pas le même à huit heures du matin ou à midi, quand le malade est couché ou qu'il est debout ; et que parmi les remèdes homœopathiques, il en est qui font rire ou pleurer, rendent indifférent, versatile ou morose, découverte précieuse pour les hommes d'Etat, par exemple, qui ont besoin de changer de masque selon l'occurence et la nature des événemens.

Or, nous voici maintenant en face du grand prêtre de la religion homœopathique : Hahnemann, dans sa *préface*, commence par tancer les chimistes qui prétendent trouver dans les médicamens l'élément matériel de leur puissance curative. « Les principes matériels qu'on extrait des médica- « mens ne sont point *l'esprit individuel* qui les anime.

» Cet esprit ne peut être touché au doigt, il ne se fait con-
» naître que par ses effets. » Ainsi, cher lecteur, le sulfate de quinine, la morphine et autres substances insignifiantes, sont tout-à-fait étrangères aux vertus du quinquina et de l'opium; croyez-en Hahnemann, mais ne vous y fiez pas. L'auteur s'élève ensuite contre la polypharmacie, et nous sommes d'accord. Dans ses *Prolégomènes*, l'auteur fait ressortir l'incohérence des doctrines thérapeutiques généralement professées. A ces critiques spécieuses, auxquelles nous nous associons en partie, nous aurions cependant à répondre qu'elles s'adressent aux praticiens d'un autre siècle que le nôtre, et d'une autre école que l'école française; car ce n'est point à nos compatriotes qu'il est permis de reprocher l'empyrisme humoral qui règne encore en Allemagne. A cet égard le traducteur eût pu justifier sa nation, par une simple note. Quant aux reproches adressés à la chimie, ils ne s'adressent qu'à son impuissance actuelle, et non pas à ses acquisitions avérées, qui font concevoir de si belles espérances pour l'avenir. Il serait trop long, d'ailleurs, de relever les sophismes et les assertions erronées de l'auteur qui, à l'égard des conquêtes de la chimie, est arriéré d'un demi-siècle.

Dans un article intitulé *Esprit de la doctrine homœopathique*, l'auteur accumule certains argumens, séduisans il est vrai, mais fondés malheureusement sur des principes pour nous faux et absurdes. C'est ainsi que, pour lui, *les médicamens agissent uniquement par leurs vertus dynamiques, et nullement par leur composition matérielle*, comme si les vertus d'un corps pouvaient être séparées de sa composition moléculaire. *L'organisme est non-seulement indépendant des lois générales de la nature morte, mais encore il agit dans un sens absolument contraire.* Une pareille proposition n'a pas besoin d'être combattue, car si la vie anime le corps, c'est faire injure à la Providence que de ne pas voir dans l'organisation la mécanique la plus merveilleuse. *Comme les médicamens, les causes de maladies agissent virtuellement sur la vie;* C'est faire abstraction des organes, et rayer d'un trait de plume toute l'anatomie pathologique, sentence à laquelle le sens commun souscrira difficilement. *Les médicamens guérissent lorsqu'ils provoquent, dans l'état de santé, des symptômes entièrement analogues à ceux de la maladie actuelle;* nous voyons là une petite difficulté, c'est qu'il est avéré que, dans l'état de maladie, les médicamens agissent, dans bien des cas, tout autrement que dans l'état de santé. L'auteur voudrait faire croire que la méthode *par les contraires* aggrave toujours la maladie; mais, dans l'impossibilité de faire admettre une telle balourdise, il ajoute que, lorsque la guérison arrive, c'est qu'il s'est glissé dans la prescription quelque remède homœopathique. Il s'y prend, du reste, assez adroitement, pour faire passer l'efficacité des doses infinitésimales : Posant ce principe très contestable, que *l'organisme est incomparablement plus sensible à l'action des médicamens qu'à celle des causes morbides;* car l'organisme réagit aussi bien contre les médicamens que contre les causes morbides, *le remède homœopathique agit avec d'autant plus d'énergie, que déjà l'organisme est poussé par la maladie à la manifestation de certains symptômes; d'ailleurs, le médicament agissant par sa puissance dynamique, qu'importe la masse?.....* Mais ce qui comble la mesure de l'absurde, c'est la manière dont l'auteur apprécie les effets purs des remèdes inertes à dose infinitésimale. Prenons pour exemple le premier qui se présente, *l'acétate de chaux : Dix globules de sucre, gros comme une graine de pavot,* imbibés d'une *dissolution de coquilles d'huîtres dans du vinaigre* ont produit, entre autres symptômes, *une grosseur sous le lobule de l'oreille, avec douleur dans l'articulation de la mâchoire. — Au-dessous du coin droit de la bouche, une grosse croûte qui suinte pendant plusieurs jours. — Une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, au côté gauche du cou, avec mal de gorge en avalant. — Gonflement des glandes dans l'aine gauche* (au bout de vingt-deux jours). — *Tiraillement à l'orifice de l'urèthre.—Écoulement de sang par la matrice.—Tiraillement dans les phalanges* (au bout de vingt-huit jours). Et vous avez vingt pages de symptômes de même force, amoncelés pêle-mêle comme par un cerveau en délire. Je défie un médecin, qui a le sens commun, de parcourir trois pages de cette matière médicale sans jeter le livre de dégoût, et sans vouer à Bedlam ou a Charenton l'auteur d'une pareille mystification.

« Absurde tant que vous voudrez, diront les adeptes;
» mais combien de choses absurdes *à priori* se sont trou-
» vées vérifiées par les faits! Humiliez votre raison et voyez. »
D'abord, Hahnemann veut raisonner, et nous sommes en droit de prouver par le raisonnement qu'il est dans l'absurde. Ensuite, les faits qu'il oppose sont contraires à d'autres faits tout aussi bien démontrés, et de plus, conformes à la logique. Enfin, les faits allégués par les homœopathes ont été battus en ruine, dans tous les pays et dans tous les Journaux, ou comme faux ou comme pitoyablement interprétés. Ce n'est pas qu'il n'y ait quelque chose de vrai dans l'homœopathie, et en cela Hippocrate en savait autant qu'Hahnemann, témoin l'aphorisme *similia similibus*. Mais ce principe, dogmatisé comme il l'est, devient une monstruosité. La diète, le repos et l'influence d'une imagination frappée, voilà sur quoi repose l'efficacité réelle des remèdes homœopathiques; témoin les expériences qui viennent d'être faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, avec des pilules d'amidon, lesquelles ont produit des effets tellement extraordinaires que, pour y croire, il faut savoir jusqu'où peut s'étendre l'empire du moral sur le physique.

L'homœopathie est déjà tombée sous le poids du ridicule; mais il se trouvera encore des fanatiques vrais ou simulés pour la défendre, et des niais pour la prôner, car l'admiration du public est toujours en raison directe de la grossièreté des leurres dont on l'abuse.

Quant à la traduction de M. Jourdan, nous ne pouvons que louer le courage et la longanimité dont ce laborieux écrivain a fait preuve. En reproduisant le texte dans sa pureté, M. Jourdan a rendu un véritable service à la science, car il nous a mis à même de savoir au juste à quoi nous en tenir sur l'illustre *malade* dont il s'est fait l'interprète. (F.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

FÉVRIER 1834.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 31 décembre.

CRÉOSOTE.

M. Lemire de Choisy annonce qu'il a retiré de la distillation du goudron plus de 25 livres de créosote, d'aussi bonne qualité que celle de M. Reichenbach. M. Chevalier ajoute que MM. Olivier et Billard se livrent à la même fabrication et pourront bientôt en fournir pour toutes les demandes.

M. Breschet dit avoir fait application de la créosote sur un ulcère cancéreux du nez. Cette application, faite avec un pinceau, a été suivie de détersion, et d'une amélioration sensible.

M. Villeneuve commence la lecture d'un rapport sur les épidémies; nous en présenterons l'analyse quand la lecture sera achevée.

Séance du 7 janvier.

ÉPIDÉMIES.

M. Villeneuve termine le rapport dont il avait commencé la lecture dans la séance du 31 décembre. Ce rapport, fait au nom de la commission des épidémies, a trait à toutes les épidémies qui ont régné en France depuis 1771 jusqu'en 1830, et dont les relations, au nombre de 1160, sont parvenues à l'Académie. Il sera suivi chaque année d'un semblable rapport sur les épidémies postérieures à 1830. Celles dont il est question dans celui-ci sont au nombre de 900 environ; elles ont intéressé 1370 communes, 179 arrondissemens, 72 départemens. Dans les tableaux qu'en a dressés par département la commission, elle a indiqué successivement, et dans autant de colonnes, les noms des hameaux ou communes atteintes; l'état, la nature et la disposition du sol et des eaux; l'hygiène et la condition des habitans; les noms des maladies régnantes; l'époque de leur invasion et de leur terminaison, le nombre des habitans, celui des malades et celui des morts. Trop souvent, sur ces divers points de l'histoire des épidémies, la commission a manqué de renseignemens certains et précis. Souvent, par exemple, les relations qu'elle a consultées contenaient, écrits d'une manière incorrecte, les noms des communes. Souvent elles laissaient à désirer, sur la topographie des lieux, qui du reste a dû beaucoup changer depuis 60 ans; sur les noms des maladies, qui tour-à-tour ont été désignées d'après le système médical dominant au moment où elles ont sévi; sur leur symptomatologie, leur anatomie pathologique, etc. Mais la commission a voulu surtout, par ce premier rapport, liquider l'arriéré qu'avaient légué à l'Académie la Société royale de Médecine et la Société de la Faculté de Médecine de Paris, les deux corporations que depuis 1776 le gouvernement avait chargées de recueillir l'histoire des épidémies de la France, et dont l'Académie actuelle a été appelée à continuer les travaux. M. Villeneuve remarque que presque tous les observateurs d'épidémies de fièvres putrides, malignes, adynamiques, ataxiques, typhoïdes, etc., ont assigné à ces maladies un caractère contagieux, non-seulement immédiat, mais médiat. Enumérant les causes auxquelles les auteurs des relations ont surtout attribué les épidémies, il en mentionne cinq principales : 1° les *altérations de l'air* par l'action des étangs, des marais salans, des prairies inondées, des rouissoirs, des tourbières, des marécages, des mares situées dans l'intérieur des villages, des fumiers qu'on y entasse autour des habitations, du mauvais placement des cimetières, etc. 2° *L'insalubrité des habitations*, par suite d'une vicieuse construction des maisons, de leur mauvaise exposition, de l'accumulation dans leur intérieur de denrées et de provisions qui en vicient l'air, de la malpropreté, de la réunion d'un trop grand nombre d'hommes et d'animaux dans ces habitations. Les médecins des arrondissemens ont ici fait mention des églises souvent trop éloignées des communes, ou situées sur un sol trop bas, et devant à une telle situation d'être froides et humides. 3° *La mauvaise qualité des alimens et des boissons*, et ici on aura peine à croire, mais la preuve en est donnée dans les relations, qu'en certains lieux de notre belle France on a manqué des alimens les plus indispensables, que des populations ont été obligées de manger de l'herbe et ont été privées d'eau. 4° *L'excès ou l'imprévoyance dans les travaux*, soit que ces travaux aient été par eux-mêmes insalubres, soit qu'on s'y soit livré avec excès et sans précautions. 5° Enfin, les *affections morales debilitantes*, *l'ignorance*, les *préjugés*. Le rapporteur cite ici quelques faits qui prouvent combien sont répandues encore les habitudes ignorantes : en 1821, par exemple, et dans le département de l'Oise, dans l'épidémie de suette qui a désolé ces contrées voisines de la capitale, on a vu les malades renfermés pendant l'été dans des chambres fortement échauffées, surchargés de couvertures, et arrachés sans cesse par des stimulations intempestives au besoin de sommeil qui les accablait, sous le prétexte que ce sommeil devait leur être funeste. Presque partout on a vu les malades préférer aux habiles médecins de misérables charlatans qui n'opposaient à leur mal que des remèdes bizarres et insignifians. On cite ici un substitut du procureur du roi, qui, malade, en appela au bourreau, *donnant ce honteux exemple de crédulité comme homme instruit, et d'oubli de la loi comme magistrat.* Pour éviter le reproche d'avoir exagéré, il rapporte textuellement plusieurs relations; une de la commune

de Lareat, département de l'Arriège, où se trouvent réunis tous les vices possibles d'habitations misérables ; une autre de la commune de Vibron, département de la Lozère, qui présente entassés dans une immonde chaumière, le vieillard et l'enfant naissant, les hommes et les femmes, les individus bien portans et les malades, les hommes et les animaux, et souvent les vivans et les morts ; une autre de la commune de Saint-Romain-Sur-Meuse, département de la Haute-Marne, dans laquelle il est dit que la misère fut telle que les malades furent abandonnés.

Pour prévenir de pareils maux et y porter remède, la commission de l'Académie propose de créer en chaque sous-préfecture un conseil de salubrité composé d'administrateurs, de médecins, de pharmaciens, d'agriculteurs, de manufacturiers et d'un architecte, à l'effet de combattre sans cesse toutes les causes d'insalubrité propres à provoquer ainsi des épidémies. Elle applaudit aux efforts du gouvernement pour éclairer partout le peuple. Elle blâme l'incurie de quelques autorités municipales qui, contrairement aux lois sur la police médicale, permettent l'exercice de la médecine à de vils et dangereux charlatans. Elle rend hommage au zèle du plus grand nombre des médecins des épidémies. Elle termine en demandant : 1° l'institution, dans le sein de l'Académie, d'une commission chargée de travailler à la topographie de la France. 2° L'insertion dans la partie historique des mémoires de l'Académie, des noms des médecins des épidémies dont elle a distingué les relations. 3° Le renvoi au comité de publication de dix de ces relations qu'elle a plus particulièrement distinguées, savoir : Lemercier, de la Mayenne, Madin, de Verdun (Meuse); Dourien et Zandyck, à Dunkerque; Bertrand et Lavort, à Clermont (Puy-de-Dôme) ; Flamand, à Lure, département de la Haute-Saône ; et Mozard, à Bellac, département de la Haute-Vienne. Elle propose encore de demander au ministre d'imposer aux médecins des épidémies un mode uniforme de recueillir les observations des épidémies, analogue au tableau exécuté dans le département de la Somme, par le docteur Trannoy.

Une longue discussion s'établit sur ce rapport. D'une part, quelques membres n'approuvent pas le conseil qu'a donné la commission de cultiver le maïs dans les pays pauvres, et où il y a manque fréquent de subsistance ; des deux espèces connues de maïs, le grand, qui ne peut être cultivé que dans les départemens du Midi, est très-sujet à la gelée, et le *petit*, que l'on récolte aux environs de Paris, est d'un trop faible rapport pour que son produit compense les peines que donne sa culture. La farine de maïs d'ailleurs ne renferme pas de gluten, n'est pas susceptible de fermentation, et ne peut servir à faire du pain. D'autre part, d'autres membres croient que la commission a exagéré l'état de misère dans lequel elle a représenté certaines populations ; et en admettant que cet état soit réel, ils croient qu'il n'y a pas convenance de le dire dans un rapport destiné à être publié. M. le rapporteur oppose au doute qu'on élève à cet égard, les relations elles-mêmes où il a puisé les détails, et il en lit quelques passages pour prouver qu'il n'a fait que rapporter ce qui est raconté. La continuation de la discussion est renvoyée à une autre séance.

—

VICE DE CONFORMATION.

M. Bourdois présente à l'Académie un jeune homme né sans mains, sans avant-bras, et sans pieds ; chaque jambe n'est formée que d'un tibia recouvert de la peau ; elle manque de péroné et de muscles ; l'individu est forcé de marcher sur ses genoux.

M. Ricord présente un spéculum modifié pour opérer la ligature des tumeurs utérines. Nous reviendrons sur cet instrument lors du rapport qui sera fait.

Séance du 14 janvier.

ÉPIDÉMIES.

La discussion s'établit sur le rapport de la commission des épidémies. Après un assez long débat, l'Académie décide, qu'une commission sera formée dans son sein pour travailler à la topographie de diverses communes de la France. Elle adopte de même les propositions de publier dans la partie historique de ses mémoires les noms des auteurs de relation d'épidémies auxquelles a trait le rapport, ainsi que le renvoi au comité de publication des dix relations signalées par la commission. Elle décide que la commission préparera un modèle de tableau uniforme, qui sera ensuite envoyé aux médecins des épidémies, pour les guider dans les descriptions qui leur sont demandées sur les épidémies. Enfin, l'Académie décide que le rapport de la commission et les tableaux qui y sont joints seront envoyés simultanément et au ministre de l'intérieur, et au comité de publication.

Séance du 25 janvier.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR L'ENSEIGNEMENT ET L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

La discussion s'engage sur la partie du rapport qui concerne les remèdes secrets.

Sont d'abord adoptés sans discussion les six premiers articles. *Art.* 1er. Il ne doit plus y avoir de remèdes secrets. *Art.* 2. Les inventeurs de remèdes nouveaux pourront, quand ils voudront s'en assurer la propriété légale, obtenir une patente de garantie dont la durée sera limitée. *Art.* 3. Les patentes de garantie seront délivrées par le ministre de l'intérieur, sur l'avis, et moyennant l'approbation de l'Académie royale de médecine. *Art.* 4. L'examen et l'approbation de l'Académie devront surtout avoir pour but de constater la nouveauté et l'utilité du remède. *Art.* 5. Il est expressément déclaré que de légers changemens de forme, de préparation, de doses, ne pourront fournir matière à une patente de garantie. *Art.* 6. Tout remède nouveau, approuvé par l'Académie, et patenté par le gouvernement, devra avoir son dépôt dans des officines légalement établies : partout ailleurs, le débit en sera puni par les peines voulues.

L'art. 7 est ainsi conçu : *les patentes de garantie seront délivrées pour* 10, 15, 20 *ans, à la volonté du demandeur. Une fois l'époque consentie, il n'y aura point de*

prorogation possible. — M. Desportes pense que la durée du monopole accordé à l'inventeur d'un remède nouveau est trop considérable, et par exemple, qu'un remède connu depuis 20 ans ne pourra plus être dit *nouveau.* M. Adelon reconnaît que le monopole étant le moyen par lequel on récompense l'inventeur d'un remède, il y a nécessité de proportionner la durée de ce monopole à l'importance de la découverte; mais il se demande pourquoi on laisse cette durée à *la volonté du demandeur :* il est évident que celui-ci demandera toujours le plus long terme. La commission à la vérité, a cherché à prévenir ces inconvéniens en faisant payer aux demandeurs des patentes de garantie une taxe d'autant plus forte, qu'ils demanderont un privilège plus prolongé, par exemple, 1000 f., pour une durée de 10 ans, 1500, f. pour une durée de 15 ans, et 2000 f. pour une durée de 20 ans. Mais cette différence de 1000 f. ne lui paraît pas être suffisante pour empêcher les demandeurs de demander le plus long terme. Pendant ce long temps, le remède se vendra sans concurrence, et par conséquent à un prix plus élevé. M. Adelon pense qu'il eût mieux valu que l'Académie, appréciant la valeur de l'invention, fixât elle-même la durée de la patente de la garantie. — M. Double réplique que la pensée de la commission a été de respecter autant que possible dans l'inventeur d'un remède reconnu *nouveau* et *utile* le droit de propriété, et qu'il y a garantie suffisante à ce que l'inventeur ne réclame pas un trop long monopole dans la taxe plus forte à laquelle il est alors préalablement soumis. L'esprit de cet article sera d'ailleurs mieux compris, quand la discussion sera arrivée aux articles 18 et 19. L'article 7 est adopté.

Il est de même de l'art. 8. Tout demandeur d'une patente de garantie pour un remède nouveau, sera tenu de déposer au secrétariat du ministre de l'intérieur, et sous cachet, copie double de la description du remède avec la composition et le véritable mode de préparation : il y joindra un échantillon du remède. L'un de ces paquets sera adressé à l'Académie royale de médecine, qui devra en conserver dépôt, quel que soit son prononcé : l'autre restera au gouvernement pour le dit paquet être ouvert au moment où l'inventeur retirera son titre de propriété. — MM. Lodibert et Chevalier avaient demandé que l'inventeur fût tenu de préparer son remède devant les commissaires de l'Académie; mais il leur a été objecté, qu'il n'était pas nécessaire d'écrire dans la loi une condition qui, en beaucoup de cas, serait inutile et pourrait être pénible pour un inventeur habitant loin de Paris, puisqu'il était toujours loisible à l'Académie d'exiger cette condition, quand elle lui serait nécessaire pour pouvoir porter son jugement.

Art. 9. Le catalogue des remèdes nouveaux soumis à l'Académie royale de médecine, aussi bien que le catalogue semblable déposé au secrétariat du ministre, devront rester publics. Il sera loisible à tout le monde d'aller les consulter. Quelques membres pensent que le mot *catalogue* indique, que la liste des remèdes nouveaux n'en contiendra que le titre et non la formule; si celle-ci était ainsi connue de quiconque le voudrait, le privilége de la patente serait illusoire. — M. Double répond, 1° qu'il faut bien que la formule du remède nouveau soit publiée, sinon ce remède resterait secret; 2° que la publication de la formule n'entraîne pas le droit de l'exécuter et de le vendre, mais que le possesseur de la patente aura le même droit que le possesseur d'un brevet d'invention, celui de poursuivre et faire condamner par les tribunaux quiconque empiète sur le monopole qui lui est concédé. — Après ces explications, l'article 9 est adopté.

Sont adoptés de même les *art.* 10 et 11. *Art.* 10, le propriétaire d'une patente de garantie sera libre de constituer autant de dépôts que bon lui semblera du médicament patenté, mais seulement dans les différentes officines du royaume, sauf à prendre avec les propriétaires de ces officines les arrangemens convenables aux deux parties. *Article* 11, à l'expiration du délai de chaque patente de garantie, la formule, la description, la composition et le mode de préparation du remède, seront rendus publiques par la voie des journaux officiels : alors il rentrera dans le domaine public.

Art. 12. La déchéance des patentes de garantie concédées sera prononcée par les tribunaux, si le concessionnaire manque à quelqu'un de ses engagemens; s'il est convaincu d'avoir en donnant la recette, caché ou dissimulé les *véritables* élémens de sa composition; si l'inventeur a été breveté pour un remède déjà consigné et décrit dans des ouvrages imprimés et publiés.—*Art.* 13. La déchéance, quelle qu'en soit l'époque, entraîne toujours pour le patenté la perte du montant de la taxe de la patente de garantie. — D'une part on demande à *l'art.* 12, la suppression du mot *véritable.* D'autre part, on remarque qu'il n'est pas juste de faire perdre à un patenté la taxe de la patente, lorsqu'il est déchu, sur le motif que son remède était déjà consigné dans des livres; ici, la faute serait à l'Académie. M. Double répond qu'il n'y a faute de personne, parce qu'il n'est pas toujours facile de savoir si un remède présenté comme nouveau n'a pas déjà été proposé dans des temps reculés; mais il pense qu'il y a lieu dans ce cas à ne pas faire perdre au patenté la taxe de la patente, et il faudra modifier l'article 13 en ce sens.

Sont adoptés sans discussion importante les trois articles suivans. *Art.* 14. Toutes les décisions de l'Académie en fait de demandes de patentes, quel qu'en soit le résultat, devront être insérées au journal officiel. — *Art.* 15. Il sera prélevé une taxe pour le droit de communication des registres des patentes de garanties, tant à l'Académie royale de médecine qu'au ministère de l'intérieur. Néanmoins, les membres de l'Académie royale de médecine pourront consulter ce dépôt à volonté sans être assujetti à la taxe. *Article* 16. Il sera établi une taxe pour le droit de patente de garantie, et cette taxe sera proportionnée à la durée de la patente.

Art. 17. La taxe du droit de communication des patentes de garantie sera de 10 fr. La taxe pour le droit de patente de garantie sera pour la patente de 10 ans 1,000 fr.; pour celle de 15 ans, de 1,500; et pour celle de 20 ans, 2000 : le demandeur aura de plus à payer pour frais d'expédition, 50 fr. — MM. Villeneuve et Desportes trouvent qu'il y a abus à accorder à l'inventeur d'un remède nouveau le monopole de la vente pour 20 ans; il faudrait, selon eux, diminuer la durée des patentes, et augmenter la taxe qui leur est imposée. — M. Moreau propose de fixer aux patentes de

garantie quatre durées : celle de 5, 10, 15, et 20 ans, et les taxes imposées à chacune d'elles seraient de 1,000, 12,000, 5,000 et 10,000 fr. — M. Double lui objecte que, par l'article du projet, l'Académie n'a admis que trois durées ; celles de 10, 15, et 20 ans. — M. Adelon trouve trop faible la somme de 2000 fr. pour les patentes de garantie d'une durée de 20 ans, chaque inventeur en fera le sacrifice, pour obtenir un aussi long monopole, il propose de substituer aux chiffres de la commission ceux de 2,000, 4,000 et 6,000 fr. Cependant, il désire savoir si l'argent de la taxe est acquis à l'état, car en ce cas il serait plus discret à demander une augmentation. — M. Double lui répond affirmativement ; alors il abandonne son amendement qui est repris par M. Chevalier, et adopté par l'Académie.

Séance du 1er février.

La discussion commence par l'*art.* 18. Le demandeur sera tenu d'acquitter la moitié du montant de la taxe de la patente de garantie, en présentant sa requête. Il devra déposer sa soumission d'acquitter le restant six mois après la concession délivrée. En cas de refus de la patente, la somme versée lors de la présentation de la requête sera immédiatement restituée; cette somme serait au contraire acquise à l'état, si le demandeur renonçait à sa demande. — M. Adelon craint qu'en exigeant, dès le principe, la moitié de la taxe, on n'empêche les petites fortunes de pouvoir jamais demander une patente de garantie de 20 ans ; il propose de n'exiger, lors de la présentation de la requête, que la moitié de la plus petite des trois sommes fixées. — M. Double réplique que la pensée de la commission a été de rendre plus discrets les demandeurs de patentes de garantie en général, et surtout de patentes devant durer 20 ans. — L'art. 18 est adopté.

Les deux derniers articles sur les remèdes secrets le sont également. *Art* 19. Les inventeurs d'un remède déclaré nouveau, jugé utile, qui voudront en gratifier tout de suite la société pour qu'elle en jouisse librement, pleinement, seront recommandés au ministère de l'intérieur pour des récompenses proportionnées à l'importance de la découverte. — *Art.* 20. Par la promulgation de la loi, toutes les lois, tous les décrets, toutes les ordonnances, tous les arrêts, avis du conseil d'état ou autres, touchant la matière de remèdes secrets, antérieurement rendus, sont et demeurent abrogés. Il a été seulement observé sur ce dernier article, que pour abroger ainsi toutes les législations antécédentes il faut être bien sûr de n'avoir rien omis, et que peut-être il serait plus prudent d'user de cette formule accoutumée : toutes les dispositions contraires à celle de la présente loi sont abrogées. Sur la remarque de MM. Cornac et Orfila, il est aussi convenu que les règles de la présente loi ne sont pas applicables à ceux des remèdes nouveaux qui ont obtenu une autorisation : plusieurs membres seulement déplorent la facilité avec laquelle le gouvernement se laisse surprendre ces autorisations, sur le motif faux que la substance est un comestible ou un objet de confiserie, et que l'inventeur sollicite pour elle un brevet d'invention. Ils rappellent que l'Académie a plusieurs fois averti le ministre que des brevets d'invention ne pouvaient être accordés pour médicamens, puisque, d'après la loi, un médicament ne peut être préparé et vendu que par des pharmaciens, et ne peut être prescrit que par des médecins. C'est à prévenir ces violations des lois que serviront surtout les conseils médicaux.

Dans le programme des questions posées à l'Académie était celle-ci : est-il nécessaire de prévenir par une disposition spéciale l'exception souvent réclamée par des dentistes, des renoueurs non pourvus de diplômes, et quelquefois admises par les tribunaux? En réponse à cette question la commission a proposé d'introduire dans la loi un article ainsi conçu : nul ne pourra exercer désormais la médecine ou la chirurgie, soit en totalité, soit en partie, s'il n'a été reçu dans une des Facultés du royaume. Quelques membres, MM. Villeneuve, Pelletier, voudraient que la loi énumérât ici les diverses branches de l'art de guérir, les professions de *dentiste*, d'*oculiste*, de *lithotomiste*, etc., M Adelon dit au contraire que les lois ne doivent pas plus énumérer que définir, et qu'il faut y introduire des expressions générales qui renferment tous les cas ; le texte proposé par la commision est sans doute préférable à celui de la loi actuelle; mais il faudrait cependant y comprendre les accouchemens, pour l'exercice desquels il y a un titre spécial, celui de *sages-femmes*. L'article est adopté en ces termes ; nul ne pourra exercer une des branches quelconques de l'art de guérir, s'il n'a obtenu un titre légal.

La discussion s'établit sur un article ainsi conçu : nul ne pourra cumuler à l'avenir l'exercice de la médecine, de la pharmacie, sous peine d'une amende de 1000 francs : l'amende sera triple en cas de récidive. Quelques membres, M. Husson par exemple, blament l'article ; lorsqu'un citoyen a satisfait à toutes les obligations imposées à l'exercice d'une profession, cet exercice ne peut lui être interdit. Il lui est objecté : que les lois ont proclamé bien d'autres incompatibilités, et que celle-ci est réellement fondée en raison : il sera sans doute loisible à un médecin de se faire pharmacien, et à un pharmacien de se faire médecin ; le même individu pourra tour-à-tour exercer, ou l'une ou l'autre de ces professions ; mais il lui sera interdit de l'exercer simultanément. M. Lodibert rappelle ques cela existait dans l'ancienne législation ; M. de Jussieu abandonna la médecine à Paris, pour aller se faire pharmacien à Lyon. L'article est adopté, avec cette modification dans ces termes : nul ne pourra à l'avenir cumuler l'exercice de la médecine ou de la pharmacie d'une part, et de la pharmacie de l'autre, sous peine, etc.

Il en est de même du suivant : Nul docteur ou officier de santé ne pourra contracter avec un pharmacien aucun compromis, aucune association, soit directement, soit indirectement tendant à se procurer quelque gain ou profit venant de leurs malades, à peine d'une amende de 500 francs. L'amende pourra être triple en cas de récidive. Seulement, sur la proposition de M. Chervin, l'amende a été portée à 1000 francs.

Séance du 8 février.

La discussion commence par l'article suivant : toute substitution frauduleuse d'un individu à un autre individu dans un ou plusieurs des actes probatoires, sera punie de la perte du temps d'étude révolu, et du montant des inscriptions acquises par les deux délinquans. De plus, la Faculté, suivant les circonstan-

ces, pourra renvoyer le principal coupable devant les tribunaux, sous l'accusation de faux en matière d'écriture privée. M. Adelon fait observer que c'est ce qui se fait maintenant : l'article est adopté.

Il en est de même du suivant : Nul ne peut exercer de fonction publique quelconque, soit de chirurgie, soit de pharmacie, s'il n'est docteur ou pharmacien reçu à une des écoles de pharmacie. En vain M. Adelon fait remarquer que le texte de cet article est tel qu'on ne pourrait demander une expertise médicale à un officier de santé, ou à un pharmacien reçu par un jury dans un cas où il serait impossible de s'adresser à un docteur, ou à un pharmacien de première classe : l'Académie adopte malgré cette remarque.

Une longue discussion s'engage sur cet autre article : Tout médecin, chirurgien, ou pharmacien gradué dans les universités étrangères, qui voudra obtenir le droit d'exercer en France, devra avant l'autorisation du gouvernement, s'être présenté devant une des Facultés du royaume pour y faire preuve de capacité. Les conditions seront pour les médecins et chirurgiens, deux examens cliniques et une thèse, et pour les pharmaciens trois opérations chimiques et une thèse : MM. Villeneuve et Orfila demandent que la réception dans une université étrangère n'exempte que du temps d'étude, et que les étrangers soient tenus de satisfaire à tous les actes probatoires : M. Adelon remarque que la proposition de la commission constitue une espèce d'agrégation, institue une classe particulière de médecins, intermédiaire aux docteurs français et aux docteurs étrangers ; si l'Académie adopte ce principe, il demande qu'au moins un des examens cliniques soit remplacé par un examen théorique. M. Double reconnaît qu'en effet les examens exigés des étrangers gradués en universités étrangères ne leur donneront que le droit d'exercer, mais non la qualité de docteur français ; du reste, il consent à la modification proposée par M. Adelon. Une discussion incidente s'élève sur ce qui arrive aux docteurs français, qui veulent exercer leur art en pays étrangers. M. Londe dit qu'en Russie, on exige d'eux deux examens lesquels ne leur donnent pas la qualité de docteur russe, mais seulement le droit d'exercer. M. Velpeau dit qu'il en est de même en bien d'autres pays, où, après trois nouveaux examens, ils ne sont encore considérés que comme officiers de santé. M. Lodibert établit qu'en beaucoup d'autres pays au contraire, en Amérique, au Brésil, en Égypte, par exemple, les docteurs français, sur le vu de leur diplôme, ont aussitôt droit d'exercer. M. Orfila dit qu'en Suisse, on exige tous les examens ; et qu'en Espagne, on n'exempte même pas de la scholarité. M. Double réplique que quelle que soit la conduite des autres gouvernemens à l'égard des docteurs français, il appartient à la France de donner un noble exemple. Quelques médecins demandent si la mesure s'appliquera aux médecins étrangers qui ont obtenu déjà des autorisations : il leur est répondu qu'il n'y aura pas plus de rétroactivité en ce cas que dans d'autres. M. Desportes demande que les réceptions des médecins étrangers soient gratuites, et M. Orfila appuye cette proposition. M. Adelon la combat ; il ne voit pas pourquoi on accorderait aux étrangers ce que l'on refuse à des nationaux qui ont souvent un aussi pressant besoin de cette faveur ; ne peut-il pas arriver d'ailleurs que, parmi ces médecins exilés, il y ait des personnes riches ? Il faut laisser tout ceci à la volonté du gouvernement, ou au moins indiquer que la faveur ne sera faite qu'aux réfugiés qui reçoivent des secours de l'État. L'Académie enfin adopte l'article avec ces amendemens, que, pour les médecins et chirurgiens, un des examens de clinique sera remplacé par un examen théorique ; que pour les pharmaciens, il y aura outre les trois opérations chimiques et la thèse un examen théorique ; et qu'enfin la réception ne sera gratuite que pour les réfugiés politiques et qui reçoivent des secours de l'État.

M. le président met en discussion les deux propositions suivantes de la commission : 1° les édits et ordonnances dont on s'appuie, pour prescrire aux médecins la délation dans l'exercice de leur art, devront être abrogés par une loi expresse. 2° *L'art.* 378 du Code pénal sera désormais formulé ainsi : les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et autres personnes dépositaires des secrets qu'on leur confie, qui auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un à six mois, et d'une amende de 100 à 500 fr. — La commission propose de retrancher de cet article les mots suivans qui semblent faire de la dénonciation un devoir : *Hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs.* — M. Adelon appuie la première proposition, mais combat la seconde. C'est, dit-il, à un édit de 1666, qu'on se reporte pour obliger les chirurgiens à faire la déclaration des personnes qui sont venues réclamer leurs soins pour blessures : or, cet édit de 1666 est relatif à la police en général ; il stipule pour le nettoiement des rues, le port-d'armes, etc. Pour juger cet édit, il faut se reporter au temps auquel il a été rendu, où en plein jour, et surtout les nuits, il y avait des batailles dans les rues de Paris, entre le guet et les malfaiteurs. Un seul article regarde les chirurgiens, *l'art.* 19, et en voici le texte : « Enjoignons à tous compagnons » chirurgiens qui travaillent en chambre de se retirer in- » continent chez les maîtres, à peine de confiscation de » leurs outils de chirurgie et de 100 livres d'amende pour » la première fois, et, en cas de récidive, voulons qu'ils » soient condamnés au banissement. A l'égard des maîtres » chirurgiens, ils seront tenus de tenir boutiques ouvertes, » à peine de 200 livres d'amende pour la première fois, et » en cas de récidive, d'interdiction de la maîtrise pendant » un an, et pour la troisième de la privation de la maîtrise. » Seront tenus lesdits chirurgiens de déclarer au commis- » saire du quartier les blessés qu'ils auront pansés chez eux » ou ailleurs, pour en être fait par ledit commissaire rap- » port à la police, de quoi faire lesdits chirurgiens seront te- » nus sous les mêmes peines que dessus. » Il est donc évident que, dans cet édit, il ne s'agissait que de la tranquillité publique, et sous ce rapport il pouvait avoir son utilité dans un temps où les chirurgiens offraient moins de garanties qu'aujourd'hui, et où il s'agissait de saisir des voleurs et assassins blessés par le guet. Mais il n'en est plus de même aujourd'hui, et j'appuie l'abrogation de l'art. 19 de ce vieil édit. Mais je m'oppose à la modification que propose la commission dans *l'art.* 378 du Code pénal. Cet article punit les personnes qui ayant, par profession, reçu la confidence d'un secret violent ce secret ; il stipule dans l'intérêt des particuliers ; mais par les

mots dont la commission propose la suppression ; il fait réserve pour les cas où le salut public est intéressé, et c'est ce qui est dans toute loi quelconque. En exceptant des cas où la violation d'un secret est punie, ceux où la loi oblige à se porter dénonciateurs, *l'art.* 378 est mis en corrélation avec l'esprit général de toutes nos lois, et particulièrement avec l'art. 29 du Code d'instruction criminelle, qui veut que toute personne qui a connaissance d'un délit ou d'un crime en donne avis au procureur du roi. Il y a d'autant moins d'inconvéniens à laisser subsister la phrase dont la commission demande la suppression, que comme la loi se borne à inviter à dénoncer au procureur du roi les délits et les crimes, et ne punit pas ou ne le fait pas, c'est comme par le fait si elle laissait juge des cas dans lesquels on doit parler et de ceux dans lesquels on doit se taire. Par la suppression demandée, la conscience au contraire est enchaînée, et il sera interdit de parler lorsque l'on croira de son devoir de le faire. M. Villeneuve ajoute, que *l'art.* 378 dans le texte duquel on demande une suppression, ne s'applique pas seulement aux ministres de l'art de guérir, mais aux agens d'autres professions, à des notaires, des avocats, par exemple, et sur les devoirs desquels l'Académie, certes, n'a pas à s'expliquer. — M. Maingault appuie la remarque de M. Adelon, et demande ce qu'un médecin devra faire, si, appelé près d'un assassin, il voit poursuivre un innocent pour le fait qu'il sait être l'œuvre de l'assassin. — M. Villeneuve veut qu'il soit exprimé que l'Académie n'entend ici stipuler que pour les ministres de l'art de guérir — Le rapporteur, M. Double, répond que cela est entendu ; mais il ne se rend pas aux remarques de MM. Adelon et Maingault, et les deux propositions de la commission sont adoptées telles qu'elles avaient été présentées.

ACADEMIE ROYALE DES SCIENCES.

Séance du 3 janvier.

TRAITEMENT DU CIRSOCÈLE ET DU VARICOCÈLE.

M. Breschet lit un mémoire sur une nouvelle méthode de traiter et de guérir le cirsocèle et le varicocèle. Après avoir exposé l'état de la science sur cette affection, et l'insuffisance des divers moyens employés jusqu'à présent pour la guérir, il annonce qu'il a découvert un procédé curatif très-simple. Il trace l'histoire de deux des malades qu'il a soumis à l'Hôtel-Dieu à cette nouvelle méthode de traitement, et ajoute que depuis la guérison de ces deux malades il en a soigné plusieurs autres dans sa pratique particulière, et que les uns sont déjà complétement guéris, et les autres sont en voie de guérison. Aucun accident, suivant ce chirurgien, n'en est jusqu'à présent survenu. La méthode de M. Breschet consiste à désorganiser, dans une certaine étendue, les parois des veines affectées, et par là à interrompre leur cavité. (Voyez le tome XVIII de l'Encycl. Gaz. méd., page 592.)

Séance du 27 janvier.

SÉCRÉTIONS.

M. Donné adresse un mémoire intitulé : « Des propriétés chimiques des sécrétions dans l'état sain et dans l'état morbide, et de l'existence des courans électriques déterminés par l'acidité et l'alcalinité des membranes dans les corps organisés. (1)

COMPTE RENDU

DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

(PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.)

Ligature du cordon ombilical. — Emphysème pulmonaire. — Ablation du maxillaire supérieur.

M. *Chailly* demande la parole pour une communication particulière. Je pensais, dit ce médecin, que le précepte qui prescrit de lier le cordon ombilical du côté de la mère et du côté de l'enfant dans les accouchemens doubles, était bon, et devait être toujours mis en pratique ; mais une observation récente m'a prouvé qu'il était inutile.

Une femme bien constituée, d'une bonne santé, et ayant eu déjà plusieurs enfans, éprouva, dans la matinée du 17 janvier, tous les signes d'un accouchement prochain ; les eaux de l'amnios s'étant écoulées, l'enfant se présenta dans la première position de la tête, et fut bientôt expulsé ; quelques instans après, des douleurs assez vives se manifestèrent de nouveau chez cette femme ; je m'empressai, dit M. Chailly, de lier le cordon du côté de la mère, présumant que l'utérus renfermait un second enfant ; le cordon ombilical était dur et gonflé, toutefois les douleurs persistèrent, et un second enfant présentant le siége ne tarda pas à s'engager, et quoique dans une position peu avantageuse, fut promptement expulsé par les contractions de la matrice. Ce second enfant était *blanc comme un linge*, et tout-à-fait privé de sang ; néanmoins, j'avais lié le cordon ombilical du premier enfant du côté du placenta, et je m'étais borné à faire quelques frictions sur la région abdominale pour faciliter le décollement de ce dernier. Je pense que l'hémorrhagie qui a fait périr cet enfant a eu lieu par la surface du placenta, et j'en conclus qu'on peut s'abstenir de faire la ligature du cordon du côté de la mère.

M. *Duparque* confirme la dernière assertion de M. Chailly ; il ajoute que, dans des cas semblables, il fait des injections

---

(1) Ce mémoire est inséré en entier dans ce volume (Journal univ. et hebd. p. 364.)

pour faciliter le décollement du placenta du premier enfant que l'on sait être généralement sans communication vasculaire avec celui du second.

M. *Forget* partage tout-à-fait l'opinion de M. Duparque, et dit que l'observation démontre que dans les grossesses doubles, les placentas sont simplement accolés; il pense que, dans le fait cité par M. Chailly, cela était incontestablement ainsi, et qu'il n'y a aucun danger à laisser le cordon ouvert.

M. *Duparque* ajoute que probablement la masse placentaire s'est décollée après la sortie du premier enfant chez la femme qui fait le sujet de l'observation rapportée par M. Chailly.

M. *Latour* a fait plusieurs accouchemens doubles; il n'a jamais lié le cordon du côté de la mère, et jamais il n'a remarqué d'accidens.

M. *Téallier* lit un travail ayant pour titre : *Note communiquée à la Société de médecine de Paris pour servir à l'histoire thérapeutique de quelques médicamens.* Dans ce Mémoire, M. Téallier rapporte plusieurs observations qui confirment ce que M. Roche a publié de l'aconit napel dans les névralgies faciales. M. Téallier termine cette communication, en appelant l'attention de la société sur une substance médicamenteuse, découverte récemment par M. Reichenbach, et à laquelle il a donné le nom de *créosote.* Cette substance parait avoir la propriété de cicatriser promptement les plaies récentes et les ulcères.

Après cette lecture, la parole est accordée à M. Chailly; cet honorable médecin regrette que M. Téallier n'ait point parlé de la manière dont on se procure ce médicament; et donné l'étymologie du mot *créosote.* M. Téallier répond qu'on sait assez que cette substance est extraite du goudron, et que créosote vient de deux mots grecs qui signifient *conserve-chair.*

M. *Prus* présente à la société un poumon, dont la base offre une tumeur considérable formée par le soulèvement de la plèvre, et attribue la mort de l'individu, dont il rapporte l'observation, à un cas d'emphysème *sous-pleural.*

M. *Collineau* ne partage pas tout-à-fait l'opinion de M. Prus; il demande à ce médecin, s'il considère l'emphysème comme une affection primitive, et pouvant donner seule la mort; quant à lui, il ne le pense pas. M. Prus répond qu'il a déjà entretenu la société plusieurs fois de faits semblables, et qu'en faisant l'autopsie des individus qui avaient succombé, il avait rarement trouvé autre chose que les lésions du tissu pulmonaire.

M. *Leroy-d'Étiolles* dit qu'on peut très-bien expliquer la mort par la promptitude avec laquelle la suffocation arrive; il a vu souvent la mort produite par asphyxie, lorsque le poumon est dans l'impossibilité de se dilater; si on introduit de l'air entre la plèvre et le poumon, et qu'on ne se hâte point de lui donner issue, la mort a lieu subitement; elle a également lieu, ajoute M. Leroy, par l'introduction de l'air dans les veines. Ce sont là des expériences que ce médecin a faites et répétées plusieurs fois, et qui se trouvent consignées dans le journal de M. Magendie.

M. *De Lens* énumère les symptômes qui, pour lui, caractérisent l'emphysème pulmonaire; l'expérience lui a démontré que, dans cette affection, les vésicatoires volans promenés autour de la poitrine, réussissent souvent et procurent de bons effets. M. *Collineau* demande ce qui produit l'emphysème sous-pleural. M. *Prus* répond que c'est de proche en proche que l'air s'épanche, et qu'il existe généralement à côté de la tumeur principale d'autres tumeurs plus petites, et que ce sont ces petites tumeurs, ces épanchemens bornés qui se développent jusqu'à former une distension considérable, laquelle constitue l'emphysème.

M. *Deville* dit que M. de Lens aurait pu, en parlant des moyens thérapeutiques qui paraissent avoir quelque efficacité dans l'emphysème des poumons, rapporter une observation qui leur est commune; celle d'une jeune femme qui éprouvait tous les symptômes que l'on considère comme signalant l'emphysème pulmonaire, et chez laquelle les vésicatoires appliqués autour du thorax déterminèrent bien certainement d'excellens effets; car ce fut seulement sous l'influence de ce traitement, que l'état de cette malade s'améliora subitement. M. *Mérat* demande qu'on veuille bien faire l'énumération des symptômes observés chez cette dame. En répétant en partie, répond M. *De Lens*, ce que j'ai déjà dit des signes qui, pour moi, caractérisent l'emphysème pulmonaire en général, je dirai ceux qui se faisaient remarquer chez la personne dont M. Deville a parlé : la percussion faisait entendre un son clair; mais à l'auscultation, on distinguait facilement que le poumon ne respirait pas; la sonorité était même meilleure du côté malade que du côté opposé, chose remarquable, et qui souvent a été cause que des médecins se sont trompés, et ont considéré comme affecté le poumon qui au contraire était sain. Quelquefois aussi on entend de petits sifflemens; mais ce phénomène ne s'observe que de loin en loin, et jamais d'une manière continue.

M. *Prus* ajoute que c'est en raison de ces symptômes divers que M. Laënnec a distingué l'emphysème en vésiculaire et interlobulaire : l'un guérissait assez souvent, et l'autre seulement quelquefois. Du reste, M. Prus partage tout-à-tait la manière de voir de M. De Lens, sur la sonorité de la poitrine; il arrive cependant que l'engorgement des tissus jette quelque obscurité sur les signes caractéristiques de cette affection, et l'exemple qui est sous le yeux de la société, prouve bien que l'emphysème était masqué par l'engorgement; l'auscultation aurait par conséquent trompé, d'où il faut conclure qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître l'emphysème pulmonaire.

M. *Mérat* dit qu'il est d'autres maladies des organes pulmonaires qui peuvent simuler les symptômes qu'on attribue à l'emphysème, et que dans la phthisie, le vide qui a lieu dans la portion du poumon où se trouvent des cavernes, explique la sonorité du thorax. M. *Roche* fait observer que, lorsqu'il existe une cavité très-grande dans le tissu pulmonaire, il se manifeste alors des symptômes bien tranchés auxquels on ne saurait se méprendre, tels que le gargouillement et la pectoriloquie. Enfin, M. *De Lens* dit que, puisqu'on énumère les phénomènes divers des maladies des poumons qui peuvent quelquefois être confondues avec l'emphysème, il ne faut pas oublier le tintement métallique qui se manifeste aussi, quand il y a des cavernes; que du reste, ce sont là des généralités bien connues, et qu'il est incontestable que les diverses maladies des organes pulmonaires ont leurs signes distinctifs. M. *Duval* demande que M. Prus

veui le bien faire la dissection complète de la pièce anatomique qu'il vient de présenter à la société.

M. *Sanson* a la parole pour faire part à la société d'une opération importante qu'il a pratiquée il y a quelque temps. M. Sanson a extirpé non-seulement la totalité de l'os maxillaire supérieur, à l'imitation de M. Gensoul de Lyon, mais encore, avec cet os, une partie de la paroi externe de l'orbite. L'opération n'a été suivie d'aucun accident grave, et le malade est guéri.

Au sujet de cette communication, M. *Jacquemin* dit qu'aux invalides il y a eu plusieurs individus auxquels il ne reste plus qu'un œil ou quelques parties de la face. M. Sanson a vu souvent aux armées des cas semblables. M. *Mérat* raconte à la société un fait dont il a eu connaissance il y a quelques années : un invalide dont la face était horriblement mutilée, fut représenté dans le *Dictionnaire des Sciences médicales ;* cet homme ne s'était jamais regardé dans une glace, et ignorait jusqu'à quel point il était défiguré. Ayant appris cependant qu'on avait dessiné sa tête, il se procura un exemplaire de la gravure, et se trouva tellement hideux que, dans son désespoir, il se pendit.

La société vote l'impression du Mémoire de M. Téallier, dans le Journal où doivent être publiés ses travaux.

Le secrétaire particulier,

DEVILLE.

Le secrétaire général,

FORGET.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE M. LE DOCTEUR J.-R. MARINUS.

N° 3. — MARS 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

OBSERVATION *de gangrène spontanée;* par le docteur SEUTIN, chirurgien en chef de l'Hôpital St.-Pierre, etc., membre résidant.

La nommée Catherine Demarez, âgée de 30 ans, d'un tempérament sanguin, et d'une constitution assez forte, se présenta à l'Hôpital-St.-Pierre, le 30 mai 1832.

D'après les renseignemens que nous avons pu nous procurer sur l'état de la malade avant son entrée à l'hôpital, nous savons que cette femme, qui habitait à la campagne une maison dont la situation et le local n'offraient pas des conditions hygiéniques favorables (Etterbeeck, à proximité des étangs), s'occupait des travaux des champs et n'avait jamais éprouvé des privations capables de détériorer sa constitution, avant l'époque dont nous allons parler. Enceinte de quatre mois, au retour d'avoir été chercher du bois dans la forêt, elle devint malade pour la première fois. Le docteur Vancuyck ayant été appelé pour lui donner des soins, et lui trouvant un pouls plein, avec chaleur brûlante à la peau, soif, céphalalgie, etc., pratiqua une saignée du bras et l'envoya chez le médecin des pauvres, M. Max. Ce dernier la vit le surlendemain, reconnut une fièvre intermittente tierce, qu'il combattit avec succès par les préparations de quinquina.

Peu de temps après, les extrémités inférieures s'œdématièrent et le 27 mai tous les orteils du pied droit et le petit orteil du pied gauche devinrent bleuâtres; la maladie ne tarda pas à envahir les extrémités inférieures et bientôt les deux jambes et la cuisse gauche présentèrent le même aspect que les orteils; toutefois une portion du pied assez régulièrement circonscrite, et qui comprenait presque toute sa partie supérieure, demeura saine pendant deux

jours, du moins en apparence, au milieu des progrès du mal. Peu-à-peu les parties affectées revêtirent une couleur livide, et on ne tarda pas à voir naître des phlyctènes remplies d'une sérosité brunâtre. Le 30 mai au matin, l'avant-bras et la main droite présentèrent les mêmes phénomènes morbides; à midi la malade fut transportée à l'hôpital.

A son entrée, la face était pâle et cadavéreuse, les yeux cernés, la langue blanche et humide, le pouls petit, accéléré, filiforme; les battemens du cœur réguliers, la respiration libre, les membres malades froids au toucher et insensibles lorsqu'on les piquait superficiellement, mais la malade accusait de la douleur lorsque l'épingle, dont on se servait pour l'expérience, pénétrait profondément. Du reste, elle ne souffrait pas et paraissait dans un état d'hébétude et d'insensibilité presque complet.

Prescription : Cataplasmes aromatiques; potion composée comme il suit, à prendre une cuillerée d'heure en heure :

Pr. Eau de menthe, quatre onces;
— de canelle, une once;
Ether sulfur, un gros;
Sirop d'écorce d'oranges, une once.

Le lendemain 31 mai, même état. On remplace les cataplasmes par des cruches d'eau chaude et des sachets de sable chauffé, que l'on applique entourés d'un linge contre les parties malades. On prescrit une limonade vineuse, des bouillons consommés et la potion suivante :

Pr. Eau de menthe, deux onces;
— de canelle, deux onces;
Vin rouge, une once et demie;
Sirop d'écorce d'orange, une once.

Le 1er juin, même état et mêmes prescriptions; vers le soir la réaction se manifeste, la peau devient chaude, le pouls s'élève à 115 pulsations par minutes.

Le 2, la gangrène s'empare de la cuisse droite; mêmes prescriptions.

Le 3, la figure est bouffie œdémateuse, le nez devient livide et se gangrène. La peau est chaude et récouverte d'une sueur visqueuse. Le pouls est petit, accéléré, les mouvemens du cœur sont précipités, les pieds et les jambes entièrement noirs, la main droite s'est momifiée, le bras gauche est aussi œdématié et vers le soir il devient bleuâtre; mêmes prescriptions.

Le 4 et le 5, il ne survient aucun changement dans l'état du malade. On continue les mêmes moyens.

Le 6, les bras sont noirs, le droit est raccorni jusqu'à la partie moyenne.

Le 7, la limonade est suspendue. On prescrit un lavement avec la décoction de quinquina, qui procure une selle. Le pouls est très-accéléré. Enfin, la malade passe une nuit très-agitée, et elle expire le lendemain à huit heures du matin.

Aussitôt après la mort, l'opération césarienne est pratiquée et on extrait de la matrice un fœtus femelle de 4 mois et demi environ, qui a vécu quelques instans.

Autopsie. — Habitude du corps. — La peau dans les parties qui sont restées saines, est pâle et décolorée, le cadavre n'est pas amaigri et une assez grande partie de tissu cellulaire graisseux recouvre les muscles, qui même dans les régions épargnées par la gangrène, sont d'une couleur plus foncée qu'on ne l'observe ordinairement. La peau des membres gangrénés est dure et raccornie; en l'incisant on donne issue à de la sanie d'une odeur infecte; les tendons et les muscles eux-mêmes sont livides, les os seuls ne paraissent pas altérés dans leur substance.

Tête. Il existe un peu de sérosité albumineuse entre le cerveau et les membranes.

Poitrine. — Les plèvres et les poumons sont sains. Le volume du cœur est proportionné à celui de tous les autres organes; le ventricule gauche est dur, le sang qu'il contient ainsi que tous les gros vaisseaux, est évidemment altéré, il est fluide, bleuâtre et ressemble à de la lie de vin étendue. Après avoir été soigneusement lavé et après en avoir exprimé tout le sang, le tissu du cœur est pâle et paraît avoir été soumis à l'ébullition. Du reste on ne peut y découvrir aucune trace d'inflammation, pas même dans les valvules ni l'origine membra-

neuse de l'aorte, qui est d'une couleur rosée, et telle qu'on la rencontre sur presque tous les cadavres. Les gros troncs artériels et veineux ont été examinés avec soin, et n'offrent aucun obstacle à la circulation.

Abdomen. Le foie est volumineux et son tissu présente à peu près le même aspect que celui du cœur (*). La vésicule biliaire est remplie d'un liquide poisseux. La muqueuse de l'estomac est dans l'état normal; les intestins grêles renferment plusieurs vers lombrics et les parties de la membrane muqueuse en rapport avec eux sont rouges et enflammées. Les autres organes n'offrent rien d'intéressant.

Réflexions. — Nous n'entrerons point ici dans de longs développemens sur les causes générales qui peuvent produire la gangrène spontanée, il nous suffira de rechercher celles qui ont pu développer cette cruelle maladie chez la femme qui fait le sujet de l'observation qui précède.

Après de mûres réflexions, après avoir pesé avec impartialité toutes les raisons qui militent en faveur des divers systèmes que les auteurs ont émis pour expliquer les causes de la gangrène spontanée, et surtout d'après l'examen des faits, nous croyons devoir attribuer la maladie, dans le cas dont nous venons de parler, à une altération des fluides. Et ce n'est point ici une vaine théorie; le raisonnement est d'accord avec l'observation, et il faudrait se refuser à l'évidence pour nier que le sang vicié soit la véritable et même la seule cause de la maladie. Nous voyons, en effet, cette malheureuse femme, soumise à une affection morale profonde peu de temps avant l'invasion de la fièvre tierce.

Quel est le médecin consciencieux qui ne trouvera pas là des raisons suffisantes pour expliquer l'altération primitive du sang? Combien sa conviction ne deviendra-t-elle pas plus forte, si nous faisons remarquer l'âge peu avancé de cette femme qui, avant cette époque, avait toujours été bien portante; sa constitution qui ne semblait pas encore très-détériorée, parce que la marche rapide de la maladie ne lui laissa pas le temps de porter son action funeste sur tous les tissus; et enfin l'état du pouls et les battemens réguliers du cœur qui nous porte à rejeter bien loin l'idée d'une lésion de cet organe. L'analogie vient encore à l'appui de notre opinion; n'observe-t-on pas en effet quelquefois que le virus vénérien, le vice scorbutique, et plus spécialement encore le seigle ergoté, déterminent la gangrène spontanée; etc. Serait-il raisonnable de l'attribuer à une autre cause qu'à l'altération des fluides?

D'après ce que nous venons de dire il nous semble prouvé que, chez la femme dont nous avons décrit l'histoire, la gangrène dépend d'un principe délétère introduit dans l'économie animale, ou, si l'on veut, d'une cause interne qui détruit l'action vitale et porte la mort dans le membre où elle se rassemble, etc. Pour nous, cette cause, c'est l'altération et l'action délétère du sang, comme on le voit si fréquemment dans les fièvres appelées pernicieuses, l'autopsie ne nous ayant fait découvrir aucune altération organique capable de nous rendre compte de ce phénomène.

Nous pouvons nous tromper sans doute, mais, dans ce cas, il est consolant pour nous de voir notre erreur (si c'en est une) partagée par des hommes dont le talent et le vaste savoir sont connus de tout le monde et dont l'impartialité

(*) Pour ce qui est relatif à la couleur.

médicale n'a jamais été un problème pour personne. Nous ne citerons ici que M. Baud, professeur à l'université de Louvain, qui assistait à l'autopsie et partageait notre manière de voir.

Quelques considérations sur la cataracte congéniale; par P.-J. Tallois, Docteur en médecine(*).

Les auteurs qui ont traité des maladies des yeux se sont peu occupés de l'opacité congéniale ; cependant parmi les nombreuses affections du globe de l'œil la cataracte est une des plus graves et a de tout temps excité l'attention des praticiens. Je ne m'occuperai pas ici de la cataracte accidentelle qui survient à diverses époques de la vie ; je n'ai pour but que de rapporter des faits qui tendent à prouver que cette affection peut être congéniale et héréditaire dans une famille.

Les anciens paraissent avoir confondu la cataracte congéniale avec d'autres maladies des yeux, et ce n'est guère que dans le siècle dernier, lorsque des chirurgiens ont porté dans l'étude de ces maladies un esprit d'analyse et de sévérité inconnu jusqu'alors, que ce vice d'organisation primitif a commencé à être bien connu.

Saunders, de Londres, fut un des praticiens qui s'est le plus occupé de cette affection : il en a fait une belle description dans un mémoire qu'il accompagne d'une planche, dans laquelle il donne les proportions des cataractes capsulaires, congéniales, et de plusieurs autres variétés. Il dit que sur quarante cataractes dix-huit étaient totalement capsulaires, trois incomplétement, c'est-à-dire que le cristallin n'avait pas été entièrement absorbé ; les autres étaient ou solides ou molles avec ou sans capacité capsulaire. De ces proportions il résulte que le plus grand nombre de cataractes congéniales sont capsulaires ; que par conséquent le cristallin s'absorbe en partie ou totalement, et que c'est d'après ces considérations qu'il se décidait à pratiquer seulement une ouverture au centre de cette membrane.

M. Lusardi, médecin oculiste a aussi publié, à Bruxelles, en 1827, un mémoire assez intéressant sur cette maladie. Il conste, d'après le dénombrement des aveugles-nés qu'il porte à 137, opérés par lui dans l'espace de 24 ans, qu'il est du nombre des praticiens qui ont vu le plus d'enfans cataractés de naissance. Il croit aussi, d'après Saunders, que cette espèce de cataracte est presque toujours membraneuse et que le cristallin, d'abord ramolli, disparaît entièrement par l'absorption. Cet auteur dans l'examen qu'il fait des causes de cette maladie n'établit aucun doute sur l'hérédité de la cataracte congéniale, et divise ces causes 1° en vice d'organisation primitif, dans lequel il suppose que le cristallin et sa capsule sont, comme tous les autres organes, susceptibles d'être influencés dès la création de l'embrion, par des circonstances fortuites, comme on l'observe également dans les nombreuses aberrations de la nature ; 2° en causes maladives accidentelles, qu'il admet encore par analogie comme agissant sur le fœtus.

D'après l'opinion de ces deux praticiens on doit être porté à croire que la cataracte congéniale est presque toujours membraneuse, et des faits qui me sont propres ne me laissent guère de doute à ce sujet.

La nommée Anne-Marie Goossens, veuve Segers, âgée de 56 ans, demeurant avec toute sa famille, rue du Châssis, s^on 2, n° 50, en cette ville, se maria à l'âge de 20 ans. Elle jouissait alors de l'usage de la vue; mais après un an, elle accoucha d'un enfant atteint de cataracte congéniale.

A l'âge de 30 ans, la vue de la mère s'affaiblit aussi insensiblement, et ses yeux se cataractèrent. Peu de temps après, cette femme devenue veuve, donna le jour à un enfant naturel qui naquit aussi atteint de cataracte.

(*) Présentées dans la séance du 2 août 1830.

L'aîné des deux fils de la veuve Segers, s'étant marié, il y a environ 10 ans, eut trois enfans, et tous trois naquirent comme leur père atteints de cataracte.

Des trois enfans Segers, deux sont morts; celui qui reste voit à peine pour distinguer les objets.

D'après ces faits je crois pouvoir ajouter foi à ceux rapportés par les auteurs, et conclure que les enfans et petits-enfans de la veuve Segers, sont atteints de cataracte héréditaire.

Étonné de rencontrer une disposition aussi remarquable, je saisis, il y a quelques mois, le moment de la mort d'un des enfans Segers pour faire l'examen anatomique de ses organes de la vue. Assisté de notre collègue, M. Marinus, aux connaissances duquel je me fais un plaisir de recourir dans des cas semblables, je m'assurai de l'absence du cristallin chez cet enfant, et je trouvai la membrane cristalline épaissie, mais laissant plusieurs intervalles lucides qui favorisaient sans doute le passage de quelques rayons lumineux; cette membrane étant ouverte laissa échapper une humeur lactescente sans présenter de noyau lenticulaire.

Cette particularité de la capsule cristalline explique pourquoi les sujets qui sont atteints de cataracte congéniales ne perdent pas toujours complétement la faculté de voir. Il en est en effet un grand nombre qui peuvent se conduire seuls et même reconnaître la forme de quelques gros objets.

Ici se borne la tâche que je me suis imposée, et commence celle du médecin opérateur, qui seul peut rendre la vue à des malheureux qui, sans le secours de l'instrument sont condamnés à ne jouir jamais qu'incomplétement des bienfaits de la lumière. C'est donc au chirurgien qu'il appartient d'examiner quel est l'âge le plus propre pour opérer la cataracte congéniale. C'est aussi lui qui doit décider à quel procédé opératoire il faut accorder la préférence; et certes, ces deux points seraient assez importans pour fixer l'attention de l'un des docteurs en chirurgie que nous comptons parmi nous.

CURE RADICALE DU TOENIA PAR L'ÉCORCE DE GRENADIER;

Observation présentée à la Société, dans sa séance du 1er juillet 1833, par J.-E. Lequime, docteur en médecine, membre résidant.

Madame C., âgée de 65 ans, d'une constitution bilioso-sanguine, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'en 1827 elle se sentit tout à coup incommodée. Cette indisposition caractérisée par un malaise général, perte d'appétit, et un léger état fébrile, cessa après deux ou trois jours de diète. Un mois après environ, elle reparut. Aux phénomènes précités se joignirent des spasmes fort incommodes, mais de courte durée. Un médecin fut consulté: le repos et quelques mucilagineux furent prescrits et bientôt madame C. se rétablit entièrement. Quelque temps après, la maladie récidiva de nouveau, mais avec plus d'intensité. Cette fois ce n'était plus un simple malaise qu'éprouvait la malade, mais un état indéfinissable, disait-elle, se rapprochant de la défaillance, ou plutôt, selon moi, d'une attaque hystérique. Il n'y avait pas anéantissement complet des facultés intellectuelles, car après l'accès cette dame se rappelait très-bien toutes les idées qui s'étaient offertes à son esprit. Elle demeurait dans cet état pendant 8 à 10 minutes, quelquefois pendant un quart-d'heure, et en sortait pour être aussitôt prise d'une douleur vague qui partait des dernières fausses côtes de l'un et de l'autre côté de la poitrine et s'étendait à tout l'abdomen. A celle-ci succédait bientôt une ou plusieurs selles, puis le calme renaissait. Ces phénomènes se renouvellaient quelquefois deux ou 3 jours de suite, quelquefois plus long-temps encore: jamais ils ne se manifestaient plus de deux fois dans une journée. Ils saisissaient souvent la malade au milieu de ses occupations ordinaires, et sans être précédés d'aucun symptôme précurseur.

Le retour de ces accès n'était pas régulier. Après s'être reproduit plusieurs jours de suite,

ils cessaient tout à coup pour reparaître 15 jours, trois et même six semaines plus tard. Dans les derniers temps la malade étant allée à la garde-robe, s'aperçut par hasard qu'elle avait lâché une longue portion de ver. Elle en avertit aussitôt son médecin ordinaire, qui prescrivit sans succès, divers médicamens, sur la nature desquels je n'ai pu recueillir aucune donnée exacte.

Ce fut le 19 août 1831 que je fus appelé pour la première fois chez la malade; je la trouvai à peu près dans l'état suivant:

Sa constitution ne paraissait pas visiblement altérée, et l'habitude extérieure du corps n'offrait rien de remarquable à noter, sinon les caractères d'une profonde mélancolie.

Tous les organes présentaient les signes de l'état physiologique, le ventre n'était pas douloureux à la pression, et cependant depuis plusieurs jours la malade avait 8 ou 10 garde-robes dans une journée. Tous les phénomènes relatés plus haut s'étaient de nouveau manifestés, et à ceux-ci s'était joint le sentiment d'une constriction qui partait de la région épigastrique, et s'étendait à tout le conduit œsophagien; des portions plus ou moins longues de tœnia avaient encore été évacuées par les selles, les jours précédens.

Jugeant le moment favorable pour l'administration de l'écorce de la racine de grenadier, je la prescrivis de la manière indiquée, c'est-à-dire en décoction et à la dose de deux onces pour une et demi-livre d'eau réduite à 1. Cette dose fut prise le lendemain à jeun, en trois fois, de demi-heure en demi-heure.

Ce remède indisposa fortement la malade pendant les premiers momens, mais trois heures environ après la 1re prise, madame C, à sa grande satisfaction, rendit le ver tout entier.

Je n'en donnerai pas la description, elle serait conforme à celle fournie par les auteurs, seulement j'ajouterai que la portion qui m'a été remise et que je conserve encore chez moi, était longue de treize aunes. Le corps de l'animal avait la largeur ordinaire, et l'une des extrémités à laquelle adhérait la tête se terminait en s'amincissant de plus en plus, de manière à n'avoir plus que la largeur d'un fil; la tête offrait une espèce de renflement en forme de suçoir.

La malade, que j'ai revue il y a peu de temps encore, jouit maintenant de la plus parfaite santé, en sorte que j'ai tout lieu d'espérer qu'elle est complètement rétablie.

A cette observation je pourrais en joindre cinq ou six autres de la même nature, et dont les résultats ont été les mêmes. L'administration de l'écorce de grenadier a été chaque fois couronnée du même succès.

Une seule fois il a produit des accidens qui menaçaient de devenir graves. Ce cas s'est présenté chez un homme fort et sanguin. Peu de temps après avoir ingéré le médicament il fut pris de syncopes, d'une gêne extraordinaire de la respiration, accompagnée d'un état cyanique de la peau; mais tous ces symptômes alarmans se dissipèrent peu de temps après avoir fait usage d'une potion opiacée. Dans le courant de la même journée cet homme eut une première selle avec laquelle descendit une grande portion du ver; il l'aurait probablement rendu tout entier si les parens trop impatient n'eussent pas exercé d'imprudentes tractions sur l'animal qui se brisa aussitôt. J'ignore si le malade aura rendu plus tard l'autre portion, car je l'ai perdu de vue depuis le lendemain de l'administration du remède. (Il était attaché à une légion de la garde civique et avait été forcé de se rendre à son corps.)

NOTICE *sur une nouvelle sorte d'hémorrhagie active, observée sur trois personnes, au printemps de* 1833; par A.-L.-S. LEJEUNE, docteur en médecine à Verviers, membre correspondant.

Au printemps de cette année, la grippe régnait épidémiquement dans la ville de Verviers; ce catharre *sui generis*, a attaqué les deux tiers de la population de cette ville, et n'a disparu vers la fin de juin que pour céder son influence à une dysenterie également épidémique, remarquable dans la plupart des cas, parce qu'elle était accompagnée dans le principe d'une inflammation au col de la vessie, souvent avec hématurie. Environ 2000 individus de tout âge et de tout sexe, ont été assaillis par cette phlegmasie et un vingtième, à peu près, en a été la victime.

C'est vers le milieu du mois de mai que la demoiselle D...., âgée d'environ 25 ans, jouissant d'ailleurs d'une santé parfaite, fut surprise le matin de trouver sa bouche toute en sang;

ce fluide s'échappait avec force : aussi on ne tarda pas à venir m'appeler pour lui donner des soins.

A mon arrivée je fis rincer la bouche avec de l'eau, et à mon grand étonnement le sang reparut aussitôt et sortait goutte à goutte par des espèces de stomates, la plupart visibles à l'œil, situées sur toute la membrane muqueuse de la bouche tant des gencives que des lèvres; la peau était couverte de larges pétéchies rougeâtres; le pouls avait son rithme physiologique, la bouche était parfaitement saine, et en général toutes les fonctions naturelles s'exécutaient parfaitement, la menstruation avait eu lieu quinze jours d'avance.

Je me bornai à prescrire des lotions avec une décoction de racine de grande consoude (*symphitum officinali* Linn.), animée par l'acide sulfurique jusqu'à acidité très-tolérable, et je fis prendre intérieurement la même boisson : peu à peu l'hémorrhagie se ralentit, les gouttes de sang s'échappèrent plus lentement et furent moindres par le resserrement des stomates; au troisième jour la bouche était dans son état naturel, sinon qu'elle était un peu plus pâle.

Le lendemain de la terminaison de cette cure, une femme de Fallay, village distant d'à-peu-près deux lieues de Verviers, âgée de 30 ans, bien réglée, saine de la bouche et du corps, vint me consulter pour les mêmes phénomènes morbides. Le soir du même jour une jeune fille, âgée de dix-huit ans, également saine de toute l'habitude du corps, subit la même affection.

Les moyens thérapeutiques qui avaient été employés pour le premier cas suffirent pour les deux derniers, et cette hémorrhagie n'a plus reparu depuis, chez ces individus, au moins chez ceux qui font les sujets de la première et de la troisième observation.

N'est-il pas étonnant de voir se développer presque simultanément sur trois personnes bien portantes et bien constituées, une affection en tout identique.

Je m'informai près de mes confrères s'ils n'avaient pas traités des cas analogues, à la même époque, et leurs réponses furent négatives.

Cette nouvelle forme d'hémorrhagie qui doit nécessairement se grouper dans la section des hémorrhagies des membranes muqueuses par transsudation des exhalans, pourrait être appelée *stomatorrhagie*, si on ne préferait de lui donner le nom de scorbut aiguë.

Extrait du rapport de M. Van Esschen, *sur l'observation précédente.*

Ce que ces observations offrent de plus intéressant a rapport au traitement mis en usage.

En effet, nous ne croyons pas avec l'auteur que l'hémorrhagie décrite par lui, présente des caractères assez saillans, pour constituer une espèce particulière, pour être distinguée des affections de cette nature par une dénomination spéciale, nous pensons que le nom de *stomatorrhagie*, donnée par les auteurs aux hémorrhagies de la muqueuse de la bouche, peut fort bien lui convenir.

Il est bien vrai que la simultanéité de l'affection chez trois personnes différentes, n'habitant pas toutes le même endroit, et jouissant d'une bonne santé, est un fait digne de remarque. On serait tenté de croire que la constitution épidémique régnante n'y fut pas étrangère, mais dans ce cas là l'hémorrhagie se serait-elle bornée à trois personnes?

Quelle que soit la cause que l'on assignera à l'affection, il est bon d'observer que l'étiologie des hémorrhagies de la muqueuse n'est pas toujours très-apparente, et que souvent de semblables écoulemens ont lieu, surtout chez les femmes, sans que l'on puisse bien apprécier le dérangement fonctionnel qui y a donné lieu.

L'efficacité de la décoction de la racine de symphitum contre les hémorrhagies a été constatée dans une foule de circonstances. Mais la plupart des observations relatives à cette substance médicamenteuse ont trait à des hémorrhagies par relâchement du tissu de la muqueuse par transsudation, ou suivant l'expression des anciens à des hémorrhagies passives.

M. Lejeune, regarde comme des hémorrhagies actives celles qui font le sujet de sa notice sous ce rapport elle intéresse la science, en ce qu'elle confirme la vertu du symphitum dans les écoulemens sanguins actifs. Néanmoins pour adopter pleinement cette manière de voir nous aurions désiré dans les faits rapportés, un peu plus de détails, sur la constitution plus ou moins sanguine des sujets, sur la force, le développement du pouls, etc.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CORPS HUMAIN, *ou Descriptions* AVEC FIGURES LITHOGRAPHIÉES DES DIVERSES ALTÉRATIONS MORBIDES DONT LE CORPS HUMAIN EST SUSCEPTIBLE; par J. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Maison royale de Santé, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine, président perpétuel de la Société anatomique, etc.

24 à 30 livraisons de 10 planches chacune, avec texte explicatif (*).

Depuis que l'on a senti la nécessité de l'anatomie pathologique appliquée à l'étude des maladies, l'utilité des planches qui retracent à la mémoire l'organisation morbide, les détails de texture, des formes, des couleurs, ne peut plus être contestée; car, ainsi que le fait remarquer le savant auteur de l'ouvrage que nous annonçons, « ici l'occasion est fugitive, les yeux oublient aisément ce qu'ils n'ont vu qu'une fois, ce qu'ils n'ont fait qu'entrevoir. »

Il n'en est pas, en effet, de l'anatomie pathologique, comme de l'anatomie normale : ici l'observateur contemple à loisir les organes; ce qu'il n'a pas vu une première fois, il peut le revoir encore quand il le voudra; là, au contraire, une occasion perdue ne se retrouvera peut-être jamais, la pratique la plus étendue ne fournissant que de loin en loin des cas analogues, des cas qui peuvent s'éclairer mutuellement.

Nous pouvons le dire, sans crainte d'être démenti, M. Cruveilhier a rendu un véritable service à la science en l'enrichissant de son magnifique ouvrage, sorte de *Muséum d'anatomie pathologique*, indispensable aux praticiens qui n'ont pas occasion de faire des ouvertures cadavériques, et qui n'est pas sans utilité pour ceux qui en font. Les planches, faites avec un soin remarquable et d'une exactitude parfaite, sont de la plus grande beauté; c'est une collection des faits choisis, positifs, concluans, pris sur nature, dégagés de tout système et de toute interprétation autre que celle qui en découle immédiatement. C'est, en un mot, un dessin éternel, comme la nature, rappelant à l'un ce qu'il a déjà vu, à l'autre ce qu'il ne connaît pas.

Le prix extrêmement élevé auquel se trouve portée l'édition de Paris, en rendait l'acquisition difficile pour beaucoup de personnes; on doit savoir gré à l'éditeur des *Iconographies des sciences médicales*, d'avoir levé ces difficultés en mettant désormais, les médecins et les étudians en médecine, à même de se procurer ce grand ouvrage, ainsi que plusieurs autres non moins importans, à très-bon marché. Nous devons à la justice de dire, que l'édition belge, quoique d'un prix de beaucoup inférieur ne le cède en rien à l'édition originale.

———

VARIÉTÉS.

Programme du prix de la Société phrénologie de Paris.

Le seul Mémoire qui ait fixé l'attention de la Société phrénologique n'ayant pas entièrement rempli les conditions du programme, le même sujet de prix est remis au concours : ÉLOGES DE GALL. La Société demande un discours scientifique. Les concurrens devront s'attacher à exposer exactement l'état de la science phrénologique d'après les ouvrages de Gall, et apprécier la valeur des objections, rectifications et additions principales qui y ont été faites.

Les Mémoires devront être remis, franc de port, au secrétaire-général M. Casimir Broussais, rue de l'Université, n. 25, avant le 1er juillet 1834, terme de rigueur.

Les manuscrits porteront chacun une épigraphe ou devise, qui sera répétée sur un billet cacheté joint à l'ouvrage et contenant le nom de l'auteur.

Le prix, de la valeur de 500 francs, sera distribué dans la séance annuelle du 22 août 1834.

(*) A l'Etablissement Encyclographique, Quai au foin, no 33. Prix : Figures coloriées : 6 fr. 50, (2 sch. 6 ps.) la livraison. Figures noires, 3 » 00, (1 » 3 ».)

Nous ferons remarquer que l'édition de Paris n'a que 6 planches par chaque livraison, et coûte 11 francs. — 18 livraisons ont paru.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

A* JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Paul Dubois. — Mémoire sur le mécanisme de l'accouchement naturel. p. 91

Marcx et Paillard. — Des corps ou polypes fibreux de la matrice. 97

Marmorat. — Du papier moxa. 102

Legros (F.). — Amputations à un seul lambeau des membres à un seul os. 104

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

Emangard. — Observations d'anatomie pathologique suivies de quelques réflexions. 141

Amussat. — Opération de cystotomie postéro-pubienne. 146

Guyot. — Tumeur survenue subitement aux lombes à la suite d'une chute. 147

Broussais. — Rapport de deux mémoires à consulter relatifs à une gastro-entérite et sur une constitution strumeuse. 148

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

Croserio. — Observations pratiques. 136

Dufresne. — Pathogénésie; observations lues à la Société médicale de Lyon. 138

Hering. — Sur la répétition des remèdes. 141

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Huguier. — Mémoire sur le diagnostic des maladies de la poitrine, de l'abdomen et des organes céphalo-rachidiens. 363

Rognetta. — Des lésions traumatiques des tendons et de leur traitement. 369

Rufz. — Recherches sur la chorée. 272

Camus. — Considérations anatomiques sur la terminaison des nerfs de la main. 383

Kohlschvetter. — De la mort des nouveau-nés provenant de certaines dispositions du cordon ombilical. 385

Dzondi. — De la luxation spontanée du fémur. 391

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Combes. — Considérations historiques et critiques sur les fièvres. 263

Lagasquie. — Recherches sur l'origine de la peste (2e article). 267

Téalier. — Note sur l'histoire thérapeutique de quelques médicamens et en particulier de la créosote. 273

Cas d'introduction d'un corps étranger dans l'abdomen par le vagin. (a)

F. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE.

Foissac. — Notices phrénologiques sur Casimir Périer, Lamarque et Cuvier. 11

Fossati. — Observations cranioscopiques. 15

Dumoutier. — Considérations phrénologiques sur les têtes des quatre Charruas. 18

G. JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE.

VIDAL. — Recherches sur les vices de conformation de l'urèthre. 359
DONNÉ. — Des propriétés chimiques des sécrétions dans l'état sain et dans l'état morbide. 364
FORGET. — De l'humorisme rationnel. 365
VIGUERIE (Ch.). — Cure radicale des fistules urinaires
» par l'opération de la boutonnière. 308
» Cancer de la lèvre inférieure ; guérison par l'ablation. 369
FORGET. — De la kréosote. 270
LEVACHER. — Emploi du laudanum dans les accouchemens. 371
PAILLARD et MARX. — Faits divers et curieux d'hypospadias. 371
DEVERGIE. — Des moyens proposés pour reconnaître le sublimé corrosif dans les empoisonnemens. 373
LEVACHER. — Des maladies qui frappent tout l'organisme ou plusieurs appareils d'organes. 375
AMUSSAT. — Absence complète du vagin, rétabli par une opération. 377
DEVERGIE. — Des moyens proposés pour reconnaître le sublimé corrosif dans les empoisonnemens (2e article). 380

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Mémoire sur une nouvelle méthode de traiter et de guérir le varicocèle et le cirsocèle. (a)
CHIPAULT. — Hernies inguinales étranglées réduites spontanément par des applications de sangsues. 83
WARDROP. — Pernicieux effets d'une nourriture animale dans la convalescence. 84
LISFRANC. — Considérations pratiques sur les cas qui nécessitent l'amputation du col de l'utérus. 85
CULLERIER. — Considérations pratiques sur la balanite et sur l'inflammation de l'orifice de la vulve et du museau de tanche. 88
CULLERIER. — Considérations générales sur la blennorrhagie dans les deux sexes. 90
Considérations médico-légales sur la monomanie, et particulièrement sur la monomanie incendiaire. (a)
Observations sur la présence du cuivre et du plomb dans les eaux distillées de roses et de fleurs d'oranges. (a)
Nouveau mode de préparation de l'onguent mercuriel. (a)
Mémoire sur la restauration du périnée. (a)

I. GAZETTE MÉDICALE.

GAUDET. — Recherches sur le choléra de 1833 comparé au choléra de 1832. 619
BARINGTON. — Observations de fièvre jaune. 624
HODGE. — Observations de fièvre puerpérale. ib.
RUFZ. — Recherches sur le rachitisme chez les enfans. ib.
BRODIE. — Traitement du varicocèle. 630
FLUDER. — Modification morbide du virus vaccin. 631
HOWSPIH. — Mémoire sur l'œstre humain. ib.
GUTHRIE. — Sur une lésion particulière et peu connue de l'articulation de l'épaule. ib.
LYNN. — Remarques sur le même sujet. 634
CARMICHAEL. — Ligature de l'artère fessière pour un anévrisme consécutif. ib.
BRESCHET et ROUSSEL. — Mémoire sur la structure et les fonctions de la peau. 636
BOYER (Aug.). — Mémoire sur l'action médicamenteuse de l'acide phosphorique dans l'extrême période du croup. 642
BAUDELOCQUE. — Revue de la clinique de ce médecin à l'hôpital des enfans malades ; par Constant. 646
Angine pseudo-membraneuse grave. ib.
Gangrène de la bouche. 647
Rhumatisme compliqué de péricardite. 648
Hémorrhagie cérébrale chez un enfant de onze ans. 650
Hydrocéphale chronique. 651
Maladie de Bright. 652
Hydropisie générale. 653
Anasarque suite de scarlatine. 654
Hydropisie générale. 655

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

DALMAS. — Chorée avec paralysie de la sensibilité, guérie par les émissions sanguines et les bains sulfureux. 485
BERTHELOT. — Observations sur l'emploi de la créosote. ib.
LOUIS. — Symptômes de colique hépatique ; tumeur pyriforme dans le flanc droit. 488
MOREAU. — Observation d'anus anormal après la hernie étranglée. 489
MAYOR. — Fracture oblique de la cuisse traitée par la suspension. 490
CHOMEL. — Hystérie compliquée d'emphysème pulmonaire déterminé par les efforts violens qui ont eu lieu pendant les accès. 492
» Inflammation de l'utérus et des ovaires ; péritonite aiguë ; mort. ib.
BALLY et HORRY. — Ictère ; teinte verdâtre des cra-

chats ; emploi des saignées et des purgatifs. 493
LOUIS. — Affection rhumatismale du muscle occipito-frontal. 494
LEBEAU (J.). —Cas de puberté prématurée. *ib.*
RAYER. — Colique de plomb ; emploi de l'huile de croton-tiglium, lavemens purgatifs et potions opiacées; guérison. *ib.*
LALLEMAND. — Leçons cliniques sur les ulcères. 495
CHOMEL. — Affection cérébrale d'un diagnostic obscur, traitée par les émissions sanguines. 498
» Névralgie intermittente, guérie par le sulfate de quinine. *ib.*
RICORD. — État du vagin et du col de l'utérus dans la blennorrhagie. — Du phymosis. 499
LALLEMAND. — Leçons cliniques sur les ulcères (suite). 500
BALLY ET PIORRY. — Symptômes cérébraux prononcés; pas de lésions dans le cerveau après la mort. 501
» Épilepsie ; mort prompte; lésions du cerveau diagnostiquées pendant la vie. 502
PEREYRA. — Grossesse extra-utérine abdominale; mort; Autopsie. *ib.*
LOUIS. — Pneumonie double occupant les lobes supérieurs. 506
» Influence du catarrhe pulmonaire sur la production des tubercules. 507
SÉGALAS. — Opérations de lithotritie pratiquées avec un brise-pierre à pression et à percussion. 508
TANQUEREL. — Observations de paralysie saturnine. 510
SÉGALAS. — Opérations de lithotritie. (suite). 511
BAUDENS. — Plaies du crâne avec entamure profonde du tissu osseux, compliquées d'un coup de feu dans la région abdominale. 513
» Perforation du sinus maxillaire par une balle; fistule aérienne ; guérison. 514
» Perforation de la vessie et des os iliaques, par une balle ; fistule urinaire ; guérison. *ib.*
TANQUEREL. — Observations de paralysie saturnine. (suite.) 515
MAGENDIE. — Mémoire sur le mécanisme des bruits du cœur. *ib.*
BAUDENS. — Commotion et asphyxie du membre pelvien droit ; mort ; nécroscopie. 516
» Coup de feu dans l'articulation péronéo-tibiale. 517
TANQUEREL. — Observations de paralysie saturnine. (suite.) 518
SANSON, aîné. — Tumeur blanche rhumatismale du coude, guérie par les sangsues et les vésicatoires. 519
» Luxation de la première phalange du pouce. 520
» Plaie de la paupière inférieure et du globe de l'œil. *ib.*
BERMOND. — Calculs accumulés en grand nombre dans la vésicule biliaire. 521

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

BOYS DE LOURY. — Blessures simulées. 243
TACHERON. — Suspicion d'avortement. 246
WEDEKING. — Moyen de distinguer les taches de sang humain du sang des animaux. 250
CHEVALLIER.—Rapports judiciaires dans le but de reconnaître la nature des taches sur le linge. 251
CHEVALLIER.—Rapport sur un mémoire de M. Ozanam sur cette question : Existe-t-il de l'arsenic dans la matière des tubes de verre blanc ? 254
Note sur les effets toxiques du cyanure de potassium administré en lavement. (*a*)
BOTTEX. —Monomanie homicide chez un homme porté au suicide. 258

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

REVEILLÉ-PARISE. — Principes généraux de thérapeutique relatifs aux personnes éminemment nerveuses. 319
CARRON-DUVILLARDS. — Note sur les bons effets de l'emploi extérieur de l'eau distillée de laurier cérise. 323
Quelques nouveaux faits relatifs à l'emploi thérapeutique de la créosote. 324
ROGNETTA. — De la rétraction des orteils et de son traitement. 326
De la paracenthèse abdominale par l'ombilic. 328
BOUTIGNY. Note sur le précipité blanc et le mercure doux à la vapeur. 329
De la doctrine homœopathique. (4e article) 329
De la paralysie saturnine et de son traitement par la strychnine. 332
Du diagnostic et des indications à remplir dans les cas douteux des polypes utérins. 334
Du traitement des hémorrhagies irritatives après les opérations sanglantes de la chirurgie. 336
PAGE. Nouveau procédé pour extraire la gélatine du lichen d'Islande. 337
PIGEAUX. — Étonnantes vertus homœopathiques de la mie de pain. 338

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

ROBIQUET. — Note sur l'acide méconique. 175
W. GRÉGORY. — Extrait d'une lettre à M. Robiquet sur le muriate de morphine. 177
Sur plusieurs principes alcaloïdes tirés de la famille des solanées, par divers chimistes d'Allemagne. 177
Atropine. 178
Hyosciamine. 179
Daturine 180

Solanine. 180
WATSON J. WELDING. — Remarques sur la digitale. 181
GRISCOM. — Sur l'apocynum cannabium. *ib.*
SAMUEL SIMES. — Sur la daturine. 182
GUISEPPE. — Sur la véritable origine du succin. 183
SIMONIN. — Lettre sur la méthode du déplacement. 184
VIREY. — Recherches d'histoire naturelle et de chimie sur la matière cireuse du carnauba. 185
» Sur la chaleur développée par certaines fleurs. 187
» Sur les plantes qui causent l'idiotisme chez les Turcs. 187
DUMAS. — De l'action de l'ammoniaque sur les éthers oxalique et chloro-carbonique. 188
» Sur la croûte blanche du phosphore. *ib.*
PELOUZE. — Sur la loi de formation des acides pyrogénés. 189
PELLETIER ET COUERBE. — Nouvelle analyse de la coque du levant. *ib.*
Sur l'emploi de la créosote. *ib.*

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

ORFILA. — Des eaux de Cauteretz. 109
Pommade stibiée contre les tumeurs indolentes. 112
BOUTIGNY. — Suite du mémoire sur le moyen à employer pour déterminer l'époque à laquelle une arme à feu a été déchargée. 113
PAYEN. — Extrait d'un mémoire sur les engrais. 116
SALADIN. — Note sur l'analyse du cambouis. 117
MACAIRE. — Extrait d'un mémoire sur la viscine. *ib.*
Note sur l'apocynum canabium. (*a*)
JACOBSON. — Mémoire sur les propriétés physiques et thérapeutiques du chromate de potasse neutre. 119
BIZIO. — De l'existence de la couleur pourpre dans les murex brandaris et trunculus. *ib.*
LEDANOIS. — Du Siciote comestible. 120
Falsification de l'eau de Seltz artificielle. 121
Société de pharmacie; séance du 5 février 1834. *ib.*

O. BIBLIOGRAPHIE.

PIORRY. — De l'exploration des organes par la percussion médiate et collection de mémoires de clinique médicale de l'hôpital de la Pitié. 223
MALGAIGNE. — Manuel de médecine opératoire. 225
PELLETAN. — Coup-d'œil sur la migraine et ses divers traitemens. 227
HEIBERG. — Commentatio de coremorphosi. 228
HAHNEMANN. — Traité de matière médicale ou de l'action pure des médicamens homœopathiques. (Tome Ier.) 229

P. SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDÉCINE. — Créosote, 231. — Épidémies, 231 et 232. — Continuation de la discussion du projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine, 232. — ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES. Cirsocèle et varicocèle. — Sécrétions, 236. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Ligature du cordon ombilical. — Emphysème pulmonaire. — Ablation du maxillaire supérieur, 236.